

Marc-André Kaufmann
Médecin-dentiste
Centre Médical de la Côte
14 rue du Petit-Berne
2035 Corcelles (NE)
☎ 032 731 23 55
Mail marckauf@bluewin.ch

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Le/la soussigné(e)
(Prénom/nom)

.....

	OUI	NON
Déclare qu'il/elle a déjà fait une tentative d'arrangement à l'amiable par oral ou par écrit en personne auprès de son médecin-dentiste (<u>obligatoire</u>), mais que celle-ci a échoué ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteste le montant de la note d'honoraires du dentiste ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteste la qualité des soins prodigués;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joint la note d'honoraires contestée à la présente;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend connaissance du fait que le médecin-dentiste concerné a reçu une copie de sa réclamation et qu'il doit prendre position sur celle-ci ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(tournez la page s.v.p.)

OUI

NON

délie expressément Mme/M. le médecin-dentiste (obligatoire)
(Prénom/nom/adresse)

.....

du secret professionnel et autorise la remise à la commission d'expertise de la Société neuchâteloise des médecins-dentistes de l'ensemble des documents relatifs à la prise en charge dentaire sur lesquels se base la contestation de la note d'honoraires et/ou la réclamation contre la qualité du travail.

Motive brièvement la réclamation (si cela n'est pas déjà fait)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patient

Prénom /nom

Adresse

Code postale/ville

Numéro de téléphone

Date

Signature