



## Commission de conciliation

Damien Bize  
Médecin-dentiste SSO-NE  
Rue du Trésor 9  
2000 Neuchâtel (NE)  
☎ 032 724 27 27  
Mail damien@bize-dentiste.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** .....