

Formulaire de demande de conciliation de compte

Nom du demandeur _____
Adresse du demandeur _____
Téléphone de jour _____
Courriel _____
Nom du médecin _____
Nom et adresse du lieu où le service a été rendu _____
Montant réclamé par le médecin _____
Date(s) des frais réclamés _____

Cocher la case qui s'applique

Copie du compte annexée à la présente

Copie du document annexée à la présente indiquant la somme prélevée ou retenue.

Je conteste ce compte pour le(s) motif(s) suivant(s):

Cocher la case qui s'applique

Je n'ai pas payé ce compte et je souhaite que le montant soit révisé à _____ \$

J'ai payé ce compte en entier et je souhaite un remboursement de _____ \$

J'ai payé ce compte jusqu'à concurrence de la somme de _____ \$

La somme de _____ \$ a été prélevée ou retenue à même des fonds que le médecin détient ou reçoit pour ou en mon nom.

Je demande la conciliation du syndic en vertu du [Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins](#) (c. M-9, r. 26).

Signature (obligatoire)

Date

Délais

- Dans le cas d'un compte non payé, il n'y a pas de délai mais la demande doit précéder une action sur compte
- Dans le cas d'un compte payé, le délai est de 60 jours suivant la réception du compte.

La demande de conciliation de compte dûment remplie et signée peut-être acheminée à la Direction des enquêtes, aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête.