



Formulaire de demande de conciliation de compte

Pour déposer une demande de conciliation de compte, remplissez ce formulaire et l'acheminez-le à la Direction des enquêtes aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête avec une copie de votre facture.

Délais :

a) Dans le cas d'un compte non payé, il n'y a pas de délai mais la demande doit précéder une action sur compte.

b) Dans le cas d'un compte payé, le délai est de 60 jours suivant la réception du 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

Date