

DIRECTION DES ENQUÊTES

1250, boul. René-Lévesque O., bur. 3500, Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 633-3246

Télééc. : 514-933-2291 | deonto@cmq.org**COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC****Direction des enquêtes****Formulaire de demande de conciliation de compte**

Pour déposer une demande de conciliation de compte, remplissez ce formulaire et 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. Toutefois, 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.**

A – Vos coordonnéesPronoms utilisés : Elle Il Autres Préfère ne pas répondre

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse (n°) : _____ Rue : _____ Appartement (n°) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone de jour : _____ Courriel : _____

Mode de communication privilégié : Poste Courriel sécurisé**B – Coordonnées du (de la) médecin visé(e)**

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom du lieu où le service a été rendu : _____

Adresse où le service a été rendu :

Adresse (n°) : _____ Rue : _____ Ville : _____

C – Détails de la demande

Montant réclamé par le (la) médecin : _____ Date(s) des frais réclamés : _____

Cocher la case qui s'applique :

- Copie du compte annexée au présent formulaire
- Copie du document annexée au formulaire, 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 (la) médecin détient ou reçoit pour moi ou en mon nom.

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

Signature : _____ Date : _____