

DEMANDE DE CONCILIATION

Selon l'article 2 du [Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre des dentistes du Québec](#) (c. D-3, r. 12.1):

2. Une demande de conciliation à l'égard d'un compte pour des services professionnels, qui n'a pas été acquitté ou qui a été acquitté en tout ou en partie, doit être transmise au syndic dans un **délai de 60 jours** à partir de la date de la réception du compte par le client.

Une demande de conciliation visant un compte ou une partie d'un compte pour des services professionnels qui n'a pas été acquitté peut cependant être transmise au syndic après l'expiration de ce délai pourvu qu'elle le soit avant la signification au client d'une demande en justice pour le recouvrement de ce compte.

Dans le cas où un dentiste a convenu avec le client d'un plan de traitement s'échelonnant sur plusieurs séances, payable en plusieurs comptes ou en plusieurs versements, le délai de 60 jours commence à courir à partir de la date de la réception du plus récent compte ou de la plus récente échéance d'un versement. La demande peut couvrir l'ensemble des comptes émis ou des versements échus dans l'année qui la précède.

Dans le cas où une décision de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'un autre assureur refuse en tout ou en partie le remboursement d'un compte, plus de 60 jours, mais moins d'un an après sa réception par le client, la demande de conciliation doit être transmise au syndic dans un délai de 30 jours à compter de la date de cette décision.

INFORMATION IMPORTANTE

Veuillez remplir tous les champs pour que votre demande puisse être traitée sans délai par le bureau du syndic.

VOS INFORMATIONS

Appellation

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Autre appellation: _____

Prénom

Nom

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone

Courriel

Mode de communication privilégié: ☐ Poste ☐ Courriel sécurisé

Choisissez l'option qui décrit votre situation:

- ☐ Je suis la personne qui a acquitté ou qui doit acquitter ce compte, étant la personne légalement responsable du patient.
- ☐ Je soumetts une demande pour une autre personne.

Nom de la personne pour laquelle vous faites la demande: _____

Lien avec la personne pour laquelle vous faites la demande: _____

DEMANDE DE CONCILIATION DE COMPTE

INFORMATIONS CONCERNANT LE(LA) DENTISTE VISÉ(E)

Prénom Dr(e)	Nom	
Nom de la clinique où les services ont été rendus		
Adresse		
Ville	Province	Code Postal
Téléphone	Courriel	

DÉTAILS DE VOTRE DEMANDE

Montant facturé par le(la) dentiste: _____ \$ Date(s) des frais réclamés: _____

Je conteste le compte d'honoraires pour le motif suivant:

☐ Le montant facturé est plus élevé que celui annoncé par le dentiste et que j'avais accepté de payer.

☐ Le montant facturé est trop élevé et déraisonnable par rapport aux services rendus.

☐ Autre: _____

VOTRE DEMANDE

Cochez la case qui s'applique:

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

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

☐ J'ai payé partiellement ce compte et je veux que le solde de ce qui reste à payer soit annulé.

☐ J'ai payé partiellement ce compte et je veux que le montant soit révisé à _____ \$.

☐ La somme de _____ \$ a été débitée à même les fonds que j'ai remis au dentiste (avance d'honoraires) alors que les soins n'ont pas été prodigués.

DOCUMENT(S) PERTINENT(S)

- ☐ Je joins une copie du compte d'honoraires contesté.
- ☐ Je joins tous autres documents pertinents.

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ(E):

Prénom	Nom
Signature	Date