

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Le conseil d'administration de l'Ordre des dentistes du Québec a constitué un Fonds d'indemnisation destiné à compenser une personne à la suite de l'utilisation d'une somme, par un dentiste, à d'autres fins que celles pour lesquelles elle lui avait été remise.

Pour effectuer une réclamation, veuillez remplir le présent formulaire. Si l'espace est insuffisant, vous pouvez y annexer des pages additionnelles.

Il est important de joindre tous les documents au soutien de votre réclamation (copies des plans de traitement, factures, chèques, reçus, états de compte, etc.).

Le formulaire de réclamation doit être dûment rempli et signé devant une personne habilitée à recevoir le serment (avocat, notaire ou commissaire à l'assermentation).

Pour toute information, veuillez communiquer avec l'Ordre des dentistes du Québec :

Téléphone : 514.875-8511 ou 1.800.361-4887, poste #2255

Courriel à : indemnisation@odq.qc.ca.

*Pour plus de détails, consultez le [Règlement sur le fonds d'indemnisation de l'Ordre des dentistes du Québec](#)

INFORMATION IMPORTANTE

Veuillez remplir tous les champs afin que votre réclamation puisse être traitée.

IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT

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 le réclamant

Je soumetts une réclamation pour une autre personne.

Nom de la personne pour laquelle vous effectuez la réclamation: _____

Lien avec la personne pour laquelle vous effectuez la réclamation: _____

800, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

514 875-8511 | 1 800 361-4887

ODQ.QC.CA

DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

4. Avez-vous tenté de récupérer la somme réclamée auprès du dentiste en cause ou entrepris un quelconque recours dans le but de récupérer cette somme, *incluant un recours civil à la Division des petites créances, à la Cour du Québec ou à la Cour supérieure* ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire les démarches ayant été entreprises et, le cas échéant, le numéro du dossier de la Cour:

5. Avez-vous obtenu un remboursement partiel de la somme réclamée ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant reçu ainsi que le nom de la personne ayant effectué le remboursement:

6. Avez-vous signé une quittance en faveur du dentiste en cause ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre copie de cette quittance.

7. Avez-vous soumis une demande d'enquête auprès du bureau du syndic de l'Ordre ? Oui Non

8. Avez-vous déposé une demande d'arbitrage de comptes auprès de l'Ordre ? Oui Non

9. Dans le cadre de la présente réclamation, êtes-vous représenté par avocat ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir la section suivante:

Prénom et nom de votre avocat: _____

Nom du cabinet: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Cellulaire: _____

Courriel: _____

DÉCLARATION ASSERMENTÉE

Je, soussigné, déclare, sous serment, que les renseignements fournis dans le cadre de cette réclamation sont complets, authentiques et véridiques, et que le contenu des documents fournis est également complet, authentique, véridique et conforme aux originaux.

Je comprends et j'accepte que toute déclaration ou représentation fausse ou trompeuse ou tout document falsifié présenté au soutien de ma réclamation sera réputé ne pas satisfaire aux exigences de l'Ordre et pourra entraîner son rejet.

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ ET DATÉ EN PRÉSENCE DE LA PERSONNE
RECEVANT VOTRE DÉCLARATION SOLENNELLE**

Signature du demandeur

Date

Déclaré solennellement devant moi à _____

Ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature de la personne habilitée à recevoir le serment
(*avocat, notaire ou commissaire à l'assermentation*)

Nom de la personne ayant agi à ce titre (*en caractères d'imprimerie*)

(Sceau officiel ou carte professionnelle requise)

Sceau officiel - n° permis

AUTORISATION À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, soussigné, _____, domicilié au _____, autorise l'Ordre des dentistes du Québec à recueillir, conserver, utiliser et communiquer tous les renseignements personnels me concernant et se rapportant au traitement de ma réclamation au Fonds d'indemnisation, à toute démarche y étant associée ainsi, le cas échéant, qu'à l'exercice de ses recours subrogatoires.

Je reconnais et j'accepte que tous les renseignements relatifs à cette réclamation puissent être transmis au bureau du syndicat de l'Ordre des dentistes du Québec, le cas échéant.

De plus, j'autorise toute personne détenant des renseignements personnels à mon sujet à les communiquer à l'Ordre des dentistes du Québec, et ce, sur demande et aux fins du traitement de ma réclamation ou des démarches judiciaires ou autres que l'Ordre pourrait entreprendre dans l'éventualité du paiement d'une indemnité.

J'ai signé à _____, le _____

Signature du réclamant

Nom du réclamant (*en caractères d'imprimerie*)

VEUILLEZ

- ✓ Remplir, imprimer et signer le formulaire de réclamation devant une personne habilitée à recevoir le serment (avocat, notaire ou commissaire à l'assermentation)
- ✓ Remplir, imprimer et signer le formulaire d'autorisation à la communication des renseignements personnels
- ✓ Faire parvenir les deux formulaires, accompagnés de tous les documents au soutien de votre réclamation:

par la poste à l'adresse suivante:

Fonds d'indemnisation de l'Ordre des dentistes du Québec

800, boulevard René-Lévesque Ouest, Bureau 1640

Montréal (Québec) H3B 1X9

OU

par courriel à l'adresse suivante: indemnisation@odq.qc.ca