Приложение №1

к Порядку взаимодействия участников

системы обязательного медицинского страхования

Республики Карелия при проведении контроля объемов,

сроков качества и условий предоставления медицинской

помощи по обязательному медицинскому страхованию

Уведомление

о проведении экспертизы

В соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приказ / распоряжение директора СМО / ТФОМС РК

планируется проведение экспертизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вид экспертизы

по теме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(обязательно к заполнению при тематической экспертизе)

по страховым случаям медицинской помощи, оказанной в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование МО

за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ года.

На основании п.13 Порядка взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2019 год при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию необходимо в срок до **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** предоставить первичную медицинскую документацию в соответствии с приложением к уведомлению (Реестр первичной медицинской документации).

Проведение экспертизы планируется по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в сроки: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Реестр первичной медицинской документации на \_\_\_\_\_\_ листах.

Подпись директора СМО / ГУ ТФОМС РК

Уведомление направлено - с курьером / по почте (заказным письмом с уведомлением) / в электронном виде с помощью сети VipNet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

дата

Отметка о получении (при направлении с курьером):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись представителя МО.