Приложение №19

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

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

**Претензия**

В Территориальный фонд обязательного медицинского страховния Республики Карелия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(территориальный фонд обязательного медицинского страхования)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

согласно акт(а, -ов) медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. специалиста-эксперта/эксперта качества медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

по следующим причинам:

1. № полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма взаиморасчета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обоснование несогласия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.

3.

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по \_\_\_ застрахованным(-ому)

лицам(-у) на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Приложения:

1) Материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на \_\_\_\_\_\_ лист(е, -ах;

2) Копия протокола разногласий между МО и СМО на \_\_\_\_\_\_ лист(е, -ах);

3) Копия ответа СМО о рассмотрении Протокола разногласий (при наличии) на \_\_\_\_\_\_ лист(е, -ах);

4) Копия акт(а, -ов) МЭЭ/ЭКМП N \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г на \_\_\_\_\_\_ лист(е, -ах);

5) Копия экспертного(-ых) заключения(-ий) (протокола оценки качества медицинской помощи) N \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г на \_\_\_\_\_\_ лист(е, -ах)(при наличии);

6) Первичная медицинская документация (с описью документов) в количестве \_\_\_ шт.

Руководитель

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

М.П.