

Приложение
к Положению о Комиссии по
обжалованию заключений страховой
медицинской организации по оценке
контроля объемов, сроков, качества и
условий предоставления медицинской
помощи

От _____
(наименование медицинской организации)

Претензия
в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную экспертом качества
медицинской помощи страховой медицинской организации

_____ (наименование СМО)
Согласно актам МЭЭ/ЭКМП от _____ 201__ г. эксперта качества
медицинской помощи

_____ (ФИО)
по следующим причинам:

1. № полиса обязательного медицинского страхования _____
Акт экспертной оценки № _____
Сумма взаиморасчета _____
Обоснование несогласия _____

2. Фамилия, имя, отчество застрахованного лица _____
Акт экспертной оценки № _____
Сумма взаиморасчета _____
Обоснование несогласия _____

Итого считаю необоснованной сумму взаиморасчета по _____ застрахованным (-ому)
лицам (-у) на общую сумму _____ рублей.

Руководитель медицинской организации _____

« ____ » _____ 201__ г.

М.П.