На отсутствие талонов в поликлинике

(в страховую медицинскую компанию)

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

 (наименование страховой медицинской компании)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заявителя)

 Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалоба

на отсутствие талонов в поликлинике

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. я обратился на прием к терапевту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) с результатами анализов и попросил направить меня к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность врача), но не оказалось талонов. Мне предложили прийти на прием к терапевту с тем же вопросом в другой раз. Я отказался и попросил выдать мне направление и поставить меня в лист ожидания. Мне отказали, но медсестра пообещала перезвонить "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., когда будут талоны. Никто не перезвонил. В связи с этим я позвонил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. главного врача) по номеру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, но трубку никто не взял. Я оставил голосовое сообщение с просьбой перезвонить.

В связи с тем что страховая компания обязана не только контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, но также призвана защищать интересы застрахованных лиц, граждан, прошу проверить условия предоставления медицинских услуг в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения, адрес и Ф.И.О. главного врача) в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном Федеральным фондом обязательного медицинского страхования <1>, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

--------------------------------

<1> См.: Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 N 19614).

В связи с вышеизложенным

прошу:

1. Проверить условия предоставления медицинских услуг в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения, адрес и Ф.И.О. главного врача) в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2. Обязать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения, адрес и Ф.И.О. главного врача) выдать мне направление к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность врача) и талон к нему.

3. Дать ответ в письменной форме по указанному выше электронному адресу либо по почте на домашний адрес.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Дата подачи жалобы) (Подпись, Ф.И.О.)