

Жалоба в страховую компанию на отказ оплатить лечение по ОМС

В страховую медицинскую организацию
«{{НАЗВАНИЕ_СТРАХОВОЙ_КОМПАНИИ_В_РОДИТЕЛЬНОМ_ПАДЕЖЕ}}»
Адрес: {{АДРЕС_СТРАХОВОЙ_КОМПАНИИ}}

От: {{ФИО_ЗАЯВИТЕЛЯ}}
Адрес: {{АДРЕС_ЗАЯВИТЕЛЯ}}
Телефон: {{ТЕЛЕФОН}}
Номер полиса ОМС: {{НОМЕР_ПОЛИСА_ОМС}}
Дата рождения: {{ДАТА_РОЖДЕНИЯ}}

ЖАЛОБА
на отказ в оплате лечения по программе ОМС

Я, {{ФИО_ЗАЯВИТЕЛЯ}}, являюсь застрахованным лицом по полису обязательного медицинского страхования № {{НОМЕР_ПОЛИСА_ОМС}} от {{ДАТА_ОБРАЩЕНИЯ}} я обратился(лась) в медицинскую организацию «{{НАЗВАНИЕ_МЕДИЦИНСКОЙ_ОРГАНИЗАЦИИ}}»

Считаю отказ незаконным и необоснованным по следующим основаниям:

1. В соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
2. Медицинские услуги, в оплате которых мне отказано, входят в базовую программу ОМС (код услуги {{КОД_УСЛУГИ}})
3. Мною соблюдены все условия для получения медицинской помощи: предъявлен полис ОМС, документы {{ДОКУМЕНТЫ}}

На основании изложенного, руководствуясь ст. 16, 40, 42 Закона № 326-ФЗ,

ПРОШУ:

1. Отменить отказ в оплате лечения № {{НОМЕР_ОТКАЗА}} от {{ДАТА_ОТКАЗА}}.
2. Произвести оплату медицинских услуг, оказанных мне в медицинской организации «{{НАЗВАНИЕ_МЕДИЦИНСКОЙ_ОРГАНИЗАЦИИ}}»
3. Уведомить меня о принятом решении в письменной форме по адресу: {{АДРЕС_ЗАЯВИТЕЛЯ}} и/или по телефону: {{ТЕЛЕФОН}}

Приложения:

1. Копия полиса ОМС.
2. Копия отказа страховой компании.
3. Копия медицинских документов (выписка, заключение врача, рецепты, счета).
4. Копия паспорта (страницы с ФИО и регистрацией).
5. Иные документы, подтверждающие обоснованность жалобы (по необходимости).

Дата: {{ДАТА_СОСТАВЛЕНИЯ}}

Подпись: _____ ({{ФИО_ЗАЯВИТЕЛЯ}})