

- Главному врачу _____
(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. руководителя МО)

от _____
(Ф.И.О. гражданина)

(№ полиса ОМС, наименование страховой МО)

(адрес места жительства)

(контактная информация: тел., e-mail)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о компенсации стоимости платных услуг

_____ (указать дату) я получил(а) направление из медицинского учреждения (наименование) от врача _____ (ф.и.о.) на сдачу анализов _____ (перечислить) в _____ (указать название медучреждения).

Мне было отказано в предоставлении бесплатной медицинской помощи _____ (ф.и.о. и должность медработника), несмотря на предъявленный полис ОМС.

Для оказания указанной помощи мне было предложено заплатить сумму в размере _____ рублей, а также предоставить следующие медицинские препараты _____ (перечислить), изделия медицинского назначения (перчатки - ___ пар, инструменты _____ (перечислить), лейкопластырь - ___ шт., шприцы - ___ шт. и т.д. (перечислить).

Вместе с тем, у меня имеется полис ОМС, выданный _____ (наименование страховой МО), который, в соответствии с территориальной программой ОМС, гарантирует получение бесплатной медицинской помощи.

Прошу вернуть потраченные мною средства в сумме _____ (указать). В случае Вашего отказа я буду вынужден обратиться с жалобой в страховую медицинскую организацию и Фонд обязательного медицинского страхования.

Приложение:

1. Копия договора договора на оказание платных медицинских услуг.
2. Копия документа подтверждающего оплату.

" ____ " _____ 20__ г.
