Приложение № 5

к Тарифному соглашению на

медицинскую помощь в системе

обязательного медицинского

страхования Забайкальского края на 2017 год

от 30 декабря 2016 года

Главному врачу МО-исполнителя

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

Директору СМО

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

Исх. № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Типовая форма письма-отказа в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги медицинской организацией – исполнителем**

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

За период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организация – фондодержатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

Амбулаторная медицинская помощь (указать причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном виде прилагается.

Плановая стационарная медицинская помощь (указать причину отказа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном

виде прилагается.

Стационарозамещающая медицинская помощь (указать причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном виде прилагается.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)