

Директору АСП ООО «Капитал МС» - Филиал

в _____
(наименование региона)

от _____
(ФИО, полностью)

Полис ОМС _____

_____ Телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ВОЗМЕЩЕНИИ НЕОБОСНОВАННО ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ), ОКАЗАННОЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

_____ (субъект РФ)

Прошу оказать содействие в возмещении мне расходов, понесенных при получении медицинских услуг, в _____,
(Наименование медицинской организации)
осуществляющем деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в _____,
(наименование субъекта РФ)

в итоговой сумме - _____.

Мои денежные затраты возникли при следующих обстоятельствах:

Прилагаю на _____ листах документы, подтверждающие получение медицинских услуг в _____,
(Наименование медицинской организации)

и факт оплаты мною суммы, подлежащей возмещению (выписки из медицинской карты, платежные документы и т.д.):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных (либо персональных данных представляемого мною лица), в том числе данных составляющих врачебную тайну. Страховая медицинская организация в целях защиты моих интересов, в праве принимать и передавать мои персональные данные в медицинские организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, органы прокуратуры, суды с соблюдением требования законодательства о защите персональных данных.

_____ .
" ____ " _____ 20__