

АКТ
медико-экономической экспертизы (сводный)
№ П_54597_23407 от 24.09.2019

Вид проверки **Медико-экономическая экспертиза плановая**

1. Дата проведения экспертизы **23.09.2019**
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста-эксперта **Глазырин Виктор Анатольевич**
3. Наименование проверяющей организации **Филиал ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Краснодарском крае**
4. Наименование медицинской организации **ГБУЗ "Городская больница г. Армавира" МЗ КК поликлиника №1**
20. Проверяемый период **с 01.08.2019 по 31.08.2019**
- Срок проведения экспертизы **с 23.09.2019 по 23.09.2019**

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид, № медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Примечания	Дата счета
			начало	конец				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2951310898000151	Мед.карта амбулаторного больного, №5150757	08.08.2019	08.08.2019	D50.9	0.00		31.08.2019
2	2951310898000151	Мед.карта амбулаторного больного, №5150757	08.08.2019	08.08.2019	Z01.4	0.00		31.08.2019
3	2354400877000935	Мед.карта амбулаторного больного, №5050098	14.08.2019	14.08.2019	Z01.4	0.00		31.08.2019

ИТОГО:

Всего запрошено случаев на экспертизу **3**, на сумму **0** руб.

Всего проверено случаев МЭЭ **3**, на сумму **0.00** руб.

по стационарной помощи **0** счетов на сумму **0** руб.

по стационарозамещающей помощи **0** счетов на сумму **0** руб.

по поликлинической помощи **3** счетов на сумму **0** руб.

по СМП **0** счетов на сумму **0** руб.

Выводы:

Медицинская помощь, подвергнутая экспертизе, соответствует договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказана своевременно, запланированный результат достигнут

Рекомендации:

Медицинскую помощь оказывать согласно порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике

21. Специалист-эксперт: _____ \ **Глазырин В.А.** \
(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда:



_____ \ **Головенко О.Д.** \ **24.09.2019** \
(подпись) (Ф.И.О.) (дата подписания)

021503 04004

АКТ
медико-экономической экспертизы (сводный)
№ П_54804_23407 от 11.10.2019

Вид проверки **Медико-экономическая экспертиза плановая**

1. Дата проведения экспертизы **10.10.2019**
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста-эксперта **Таганкина Галина Николаевна**
3. Наименование проверяющей организации **Филиал ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Краснодарском крае**
4. Наименование медицинской организации **ГБУЗ "Городская больница г. Армавира" МЗ КК поликлиника №3**
20. Проверяемый период **с 01.09.2019 по 30.09.2019**
- Срок проведения экспертизы **с 10.10.2019 по 10.10.2019**

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид, № медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Примечания	Дата счета
			начало	конец				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2352700895000631	Мед. карта амбулаторного больного, №5151516	03.09.2019	03.09.2019	Z00.8	0.00		30.09.2019
2	0557710823000287	Мед. карта амбулаторного больного, №5036967	20.08.2019	20.08.2019	H35.0	0.00		30.09.2019

ИТОГО:

Всего запрошено случаев на экспертизу **2**, на сумму **0** руб.

Всего проверено случаев МЭЭ **2**, на сумму **0.00** руб.

по стационарной помощи **0** счетов на сумму **0** руб.

по стационарозамещающей помощи **0** счетов на сумму **0** руб.

по поликлинической помощи **2** счетов на сумму **0** руб.

по СМП **0** счетов на сумму **0** руб.

Выводы:

Медицинская помощь, подвергнутая экспертизе, соответствует договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказана своевременно, запланированный результат достигнут

Рекомендации:

Медицинскую помощь оказывать согласно порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике

21. Специалист-эксперт: _____ **Таганкина Г.Н.** _____
 (подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель страховой медицинской организации/территориального фонда:

_____ **Головенко О.Д.** _____ **11.10.2019** _____
 (подпись) (Ф.И.О.) (дата подписания)

Руководитель медицинской организации:

_____ **Смирнов С.Е.** _____
 (подпись) (Ф.И.О.) (дата подписания)

