Утверждён
Приказом генерального директора
ООО «СМО «Спасение»
№ 65 от 12 ноября 2025г.
_____И.Г.Глушков

Регламент
работы с обращениями, поступающими
в ООО «СМО «Спасение» в Республике Татарстан

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент разработан в соответствии с:

- Федеральным законом от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. № 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения";
- Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, 3 августа 2023 г. N КФНП-26)
- Федеральным законом от 4 августа 2023 г. N 442-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)" и отдельные законодательные акты Российской Федерации и о признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации".

1.2. Регламент устанавливает единый порядок рассмотрения в ООО «СМО «Спасение» (далее - СМО) обращений граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением рассмотрения заявлений о выборе (замене) СМО, выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС.

1.3. Основные термины, используемые в Регламенте:

1) **Обращение** - направленное в СМО в письменной форме или в форме электронного документа, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее - Единый портал) предложение, заявление, жалоба или обращение за письменным разъяснением

2) **Предложение** - рекомендация заявителя по совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов, деятельности государственных органов и органов местного самоуправления, СМО, развитию общественных отношений, улучшению деятельности государства и общества в социально-экономической и иных сферах;

3) **Заявление** - просьба заявителя о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц, либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе государственных органов, органов местного самоуправления и должностных лиц, либо критика деятельности указанных органов и должностных лиц;

4) **Жалоба** - просьба заявителя о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц.

5) **получатель страховых услуг** - физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования;

6) **Заявитель** - любое физическое лицо, обратившееся в СМО устно либо письменно за разъяснением (консультацией), предложением, заявлением или жалобой. Заявитель может обратиться как в отношении себя, так и в отношении иного физического лица (родственника, члена семьи и т.п.). При устном обращении в отношении иного физического лица заявитель указывает свои полномочия и/или родственные связи. При обращении в письменной форме в отношении иного физического лица заявитель предоставляет документ, подтверждающий его полномочия и/или родственные связи, и указывает причину, по которой застрахованное лицо не может обратиться самостоятельно (тяжёлое состояние здоровья и т.п.).

7) **Застрахованное лицо** - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.4. Регламент определяет, что в сфере обязательного медицинского страхования:

- **в качестве заявлений** рассматриваются обращения по поводу реализации прав и законных интересов заявителей, не связанных с их нарушением, в т.ч. заявления о выдаче справки о перечне оказанных застрахованному лицу медицинских услуг и их стоимости, заявления о выдаче копий актов целевой экспертизы, проведенной по обращению;

- **в качестве жалоб** рассматриваются обращения по поводу восстановления нарушенных прав и интересов заявителей, несогласия с решением, действием (бездействием) участников и субъектов сферы ОМС, затрагивающим права застрахованных лиц, установленные законодательством по ОМС, в котором выражено недовольство действиями (бездействиями) должностных лиц, служащих, работников организаций (учреждений), осуществляющих деятельность в сфере ОМС, либо содержится указание на неправомерность каких-либо действий, несоответствие этих действий положениям и предписаниям нормативно-правовых документов, действующих в сфере ОМС;

- в качестве обращений за консультацией рассматриваются обращения за разъяснениями, в частности, о порядке обеспечения полисами ОМС, о выборе/замене врача, медицинской организации или страховой медицинской организации, об организации работы медицинской организации, об оказании медицинской помощи, о лекарственном обеспечении и по другим причинам. В качестве обращений за консультацией могут быть квалифицированы обращения, требующие содействия застрахованному лицу в целях обеспечения его законных прав в сфере обязательного медицинского страхования. Указанные обращения следует считать обращениями за консультацией в том случае, если в них отсутствуют указания на состоявшееся нарушение права застрахованного лица (в т.ч. на место, время и медицинского работника, совершившего предполагаемое нарушение). В противном случае, при наличии признаков нарушения права застрахованного лица, обращение необходимо квалифицировать как жалобу;

- в качестве предложений рассматриваются обращения, содержащие указания на недостатки в работе участников и субъектов сферы ОМС, не связанные с нарушением прав и интересов граждан, подавших обращение, а также на конкретные пути и способы решения затронутых проблем.

2. Права заявителя при рассмотрении его обращения

2.1. При рассмотрении обращения заявитель имеет следующие права:

2.2. Представлять дополнительные документы и материалы, касающиеся рассмотрения обращения, либо обращаться с просьбой об их истребовании, в том числе в электронной форме.

2.3. Знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну.

2.4. Получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, уведомление о переадресации обращения в письменной форме в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

2.5. Обращаться с жалобой на принятое по обращению решение или на действие (бездействие) в связи с рассмотрением обращения к вышестоящему должностному лицу и (или) в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.6. Обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения.

2.7. При рассмотрении обращения не допускается разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни заявителя, без его согласия. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в письменной форме в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

3. Порядок приёма обращений

3.1. Гражданин в своем обращении в письменной форме в обязательном порядке указывает свои фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, дату. Наличие подписи заявителя в обращении не требуется (кроме обращений в письменной форме по ОМС).

3.2. В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к обращению в письменной форме документы и материалы либо их копии.

3.3. В обращении в форме электронного документа гражданин в обязательном порядке указывает свои фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), адрес электронной почты либо использует адрес (уникальный идентификатор) личного кабинета на Едином портале, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения. Гражданин вправе приложить к такому обращению необходимые документы и материалы в электронной форме.

3.4. В случае если в обращении в письменной форме не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес или иной адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается.

3.5. Обращения в письменной форме принимаются сотрудниками СМО, уполномоченными на работу с обращениями в соответствии с их должностными инструкциями, и незамедлительно передаются в отдел защиты прав застрахованных СМО. Устные обращения принимаются сотрудниками отдела защиты прав застрахованных, страховыми представителями в медицинских организациях, сотрудниками контакт-центра и иными сотрудниками, уполномоченными на приём обращений по телефону «горячей линии». Обращения, поступившие в электронном виде или через адрес (уникальный идентификатор) личного кабинета на Едином портале

3.6. Обращение, поступившее в СМО, подлежит обязательному рассмотрению в соответствии с компетенцией. В приёме обращения не может быть отказано, даже если обращение не соответствует сфере деятельности и/или компетенции СМО.

3.7. В случае необходимости обращение может быть рассмотрено специалистами СМО с выездом на место.

3.8. Причины обращений фиксируются в информационных системах в соответствии с нормативными актами, регламентирующими работу по рассмотрению обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования.

3.9. Неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений заявителей, нарушение сроков рассмотрения обращений, принятие заведомо незаконного решения, разглашение сведений о частной жизни заявителей, ставших известными в ходе рассмотрения обращений, неисполнение или ненадлежащее исполнение решений по обращениям заявителей влекут дисциплинарную ответственность должностных лиц.

3.10. Сотрудники СМО, осуществляющие рассмотрение обращений в письменной форме или в

информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", прием и консультации граждан, несут ответственность за правильность принятых ими мер, а также за соответствие законодательству принятых ими решений, данных разъяснений, рекомендаций.

4. Порядок рассмотрения обращений в письменной форме

4.1. Регистрация обращений в письменной форме заявителей осуществляется в отделе по защите прав застрахованных не позднее рабочего дня, следующего за днем поступления в СМО.

4.2. По каждому обращению начальником отдела защиты прав застрахованных или заместителем начальника отдела защиты прав застрахованных не позднее дня регистрации должно быть принято одно из следующих решений:

- о принятии обращения к рассмотрению;

- о направлении обращения по принадлежности в другой орган (другую организацию), если вопросы, поднятые в нем, не относятся к компетенции СМО;

- об оставлении обращения без рассмотрения (в случае если в обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ).

4.4. После предварительного рассмотрения обращения направляются в структурные подразделения СМО по компетенции для детального рассмотрения по существу поставленных вопросов и подготовке ответа заявителю.

4.5. Обращение, рассмотрение которого не входит в компетенцию СМО, а также поступившие от заявителя подлинные документы передаются в другой орган (другую организацию) для рассмотрения по принадлежности не позднее, чем в семидневный срок, с извещением об этом заявителя.

4.6. В случаях, когда в обращении наряду с вопросами, относящимися к компетенции СМО, содержатся вопросы, подлежащие рассмотрению в других органах (организациях), не позднее чем в семидневный срок в соответствующие органы (организации) направляются копии обращений или выписки из них, с извещением об этом заявителя.

4.7. Не допускается направление обращения для рассмотрения в организации и (или) тем должностным лицам, действия которых обжалуются.

4.8. Обращения, связанные с деятельностью медицинских организаций, не работающих в системе ОМС, должны быть направлены в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации не позднее, чем в семидневный срок.

4.9. Поступившее Обращение в письменной форме рассматривается СМО в соответствии с ее компетенцией, в течение 15 рабочих дней (30 дней по деятельности ОМС) со дня регистрации.

4.10. В случаях, требующих проведения контрольно-экспертных мероприятий, изучения и истребования дополнительных материалов, принятия других мер, сроки рассмотрения могут быть продлены на срок не более чем 10 рабочих дней (30 дней по деятельности ОМС). При этом заявителю письменно сообщается о продлении срока рассмотрения обращения.

4.11. Обращения заявителей считаются рассмотренными, если по всем вопросам приняты необходимые меры, либо даны исчерпывающие ответы, соответствующие законодательству.

4.12. Ответ на обращение готовится на фирменном бланке СМО и регистрируется в отделе защиты прав застрахованных. Ответ подписывается генеральным директором, начальником управления организации ОМС или начальником отдела защиты прав застрахованных. Вместе с сообщением о результатах рассмотрения обращения заявителю возвращаются поступившие от него подлинные документы, за исключением подлинного экземпляра обращения, если они не подлежат направлению вместе с заявлением в другой орган (другую организацию) для рассмотрения по принадлежности.

5. Порядок рассмотрения устных обращений, поступающих на телефон «горячей линии»

5.1. Все устные обращения заявителей, поступающие по телефону «горячей линии» СМО, регистрируются в информационной системе СМО с указанием фамилии, имени, отчества заявителя, номера телефона, существа вопроса, адреса проживания (последнее – при необходимости). При обращении заявителя в отношении другого лица, дополнительно указываются фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания застрахованного лица (последнее – при необходимости).

5.2. На устные обращения за консультацией, поступающие по телефону «горячей линии», содержащие типовые вопросы, даются разъяснения в устной форме, во время разговора по телефону.

5.3. В случае поступления вопросов, не относящихся к категории типовых, либо в случае необходимости дополнительной проверки изложенных заявителем фактов, либо в случае поступления просьбы заявителя о содействии в обеспечении прав в сфере обязательного медицинского страхования, обращения передаются в отдел защиты прав застрахованных СМО.

5.4. По каждому обращению начальником отдела защиты прав застрахованных (заместителем начальника отдела защиты прав застрахованных) не позднее дня регистрации должно быть принято одно из следующих решений:

- о рассмотрении по существу, в том числе о направлении в структурные подразделения СМО по компетенции для детального рассмотрения по существу поставленных вопросов и подготовке ответа заявителю;

- о направлении заявителя в другой орган (другую организацию), если вопросы, указанные в обращении, не относятся к компетенции СМО.

5.5. Устные обращения, переданные в отдел защиты прав застрахованных, рассматриваются специалистами отдела, в соответствии с их компетенцией.

5.6. В случаях, требующих содействия СМО и взаимодействия с медицинской и/или иной организацией, специалист отдела получает согласие застрахованного лица (его законного

представителя) на содействие со стороны СМО. В случаях, когда застрахованное лицо не может дать согласие самостоятельно в силу состояния здоровья или иных причин, согласие даёт заявитель.

5.7. По результатам рассмотрения обращения заявителю предоставляется ответ в устной форме по телефону, указанному заявителем.

6. Личный прием заявителей

6.1. Личный прием заявителей проводится руководителями СМО и уполномоченными лицами в установленные дни и часы. Информация о месте приема, а также об установленных для приема днях и часах доводится до сведения заинтересованных лиц путем размещения графика приема на официальном сайте СМО.

6.2. При личном приеме заявитель предъявляет документ, удостоверяющий его личность.

6.3. Учёт (регистрация) устных обращений заявителей при личном приеме осуществляется в журнале учёта устных обращений при личном приёма граждан и в информационной системе СМО.

6.4. Журнал учёта устных обращений при личном приёме граждан должен быть пронумерован, прошнурован, скреплён подписью начальника отдела защиты прав застрахованных и печатью СМО.

6.5. Лицо, уполномоченное осуществлять личный прием заявителей, руководствуясь законодательством Российской Федерации и локальными нормативными правовыми актами, в пределах своей компетенции вправе принять одно из следующих решений:

- удовлетворить просьбу, сообщив заявителю порядок и срок исполнения принятого решения;

- отказать в удовлетворении просьбы, разъяснив мотивы отказа и порядок обжалования принятого решения;

- принять заявление/жалобу в письменной форме, если поставленные заявителем вопросы требуют дополнительного изучения или проверки, разъяснив ему причины, по которым просьба не может быть разрешена в процессе приема, порядок и срок рассмотрения обращения в письменной форме.

6.6. Если заявитель по каким-либо причинам не может самостоятельно в письменной форме изложить свою просьбу, лицо, осуществляющее прием, обязано оказать ему в этом необходимую помощь.

6.7. Содержание устного обращения заносится в карточку личного приема гражданина. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в карточке личного приема гражданина. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении

6.8. Обращение в письменной форме, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном настоящим Регламентом.

6.9. В случае если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию СМО или лица, осуществляющего прием, заявителю дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться и по возможности ему оказывается необходимое содействие.

6.10. В ходе личного приема заявителю может быть отказано в дальнейшем рассмотрении обращения, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

7. Особенности рассмотрения обращений по вопросам качества, объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Порядок взаимодействия подразделений СМО при их рассмотрении.

7.1. При приеме обращения в письменной форме от застрахованного лица либо его представителя специалист отдела защиты прав застрахованных регистрирует обращение в журнале входящих обращений.

7.2. При регистрации обращения от застрахованного лица либо его представителя специалист, принимающий обращение, должен убедиться в полноте пакета документов, прилагаемых к обращению, который должен включать:

- обращение застрахованного лица либо его представителя, в котором должны быть указаны следующие данные застрахованного лица: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес, номер полиса ОМС, а также контактный телефон и фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя. Жалоба (причина обращения) должна быть изложена с уточнением фактов нарушения качества и/или порядка (условий) оказания медицинской помощи, например: какой медицинской организацией (врачом) был направлен на платное обследование (лечение); предлагалось ли оказание медицинской услуги бесплатно с учётом сроков ожидания, установленных программой государственных гарантий; каким именно этапом оказания медицинской помощи не удовлетворен заявитель и т.д.

- копии платежных документов, с указанием точного наименования препарата/изделия/услуги (по обращениям, связанным с оплатой медицинских услуг и/или лекарственных средств, медицинских изделий).

- копии медицинских документов (выписок из них) - при наличии.

7.3. Если заявитель по каким-либо причинам не может самостоятельно в письменной форме изложить свою просьбу, лицо, осуществляющее прием, обязано оказать ему в этом необходимую помощь.

7.4. Рассмотрение обращения начинается с анализа изложенной в обращении ситуации и определения дальнейшей тактики рассмотрения обращения.

7.5. При принятии решения о проведении целевой медико-экономической экспертизы или целевой экспертизы качества медицинской помощи необходимо учитывать следующее: экспертиза качества медицинской помощи не может быть проведена по вопросам, связанным с обоснованностью/необоснованностью установления инвалидности органами медико-социальной экспертизы, т.к. данные вопросы не относятся к компетенции СМО.

7.6. При получении обращения, связанного с возмещением денежных средств, затраченных застрахованным лицом на лечение, приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, тактика рассмотрения обращения должна быть следующей:

7.6.1. Необходимо уточнить, были ли назначены врачом исследования или иные медицинские услуги, лекарственные препараты или изделия медицинского назначения; определить, входит ли лекарственное средство в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; выяснить, по какой причине застрахованное лицо самостоятельно приобретало лекарственное средство, не входящее в указанный перечень, проводилась ли по данному факту врачебная комиссия и имеется ли протокол ее заседания.

7.6.2. Необходимо определить, по какой причине медицинская услуга была получена на платной основе, было ли застрахованному лицу предложено оказание медицинской услуги бесплатно в пределах срока ожидания, установленного программой государственных гарантий, проанализировать договор на оказание платных медицинских услуг на предмет информированности застрахованного лица о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий.

7.6.3. В случае документального подтверждения факта оплаты за счет личных денежных средств лекарственных средств, изделий медицинского назначения, диагностических исследований или иных медицинских услуг, назначенных врачом медицинской организации и предусмотренных программой государственных гарантий, в медицинскую организацию письмо о возмещении денежных средств застрахованному лицу может быть направлено без проведения медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи. В случае отказа медицинской организации от возмещения денежных средств проводятся контрольно-экспертные мероприятия.

7.6.4. Медико-экономическая экспертиза и/или экспертиза качества медицинской помощи по жалобам, связанным с возмещением денежных средств, проводятся в случаях, требующих анализа медицинской документации.

7.6.4. При согласии медицинской организации на возмещение денежных средств, оформленном в письменном виде, жалоба признаётся обоснованной и удовлетворенной. Специалист отдела защиты прав застрахованных запрашивает в медицинской организации копию платежного документа о возврате денежных средств застрахованному лицу (расписки о получении денежных средств от медицинской организации).

7.6.5. При отказе медицинской организации от возмещения денежных средств направляется ответ застрахованному лицу или его представителю с изложением ответа медицинской

7.6.6. При отсутствии ответа из медицинской организации в установленные законом сроки ситуация расценивается как отказ от возмещения денежных средств. Застрахованному лицу или его представителю направляется ответ с предложением рассмотрения вопроса в судебном порядке.

7.7. К причинам обращений, требующим обязательного проведения экспертизы качества медицинской помощи, относятся жалобы на качество оказанной застрахованному лицу медицинской помощи.

7.8. Решение о проведении медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи по обращению принимает начальник управления организации ОМС, а при его отсутствии – начальник отдела медицинской экспертизы. Решение принимается на основе информации по обращению, предоставленной специалистами отдела защиты прав застрахованных.

7.9. При поступлении обращения, требующего проведения медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, специалисты отдела защиты прав застрахованных направляют в медицинскую организацию запрос о предоставлении медицинской документации. После получения медицинской документации обращение и медицинская документация в течение двух рабочих направляются в отдел медицинской экспертизы, с указанием контрольной даты (срока ответа заявителю).

7.10. Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся в порядке и в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. № 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения".

7.11. Копии актов экспертизы передаются в отдел защиты прав застрахованных для подготовки ответа застрахованному лицу или его представителю.

7.12. В случае если в течение 30 дней с момента поступления обращения экспертиза не проведена, застрахованному лицу или его представителю направляется промежуточный ответ, в котором разъясняется, что срок рассмотрения обращения продлён в связи с проведением экспертизы.

7.13. После получения из отдела медицинской экспертизы копий акта экспертизы специалист отдела по защите прав застрахованных формирует ответ застрахованному лицу или его представителю, в котором:

1) отражает выявленные по результатам экспертизы дефекты оказания медицинской помощи согласно содержательной части акта экспертизы;

2) информирует о порядке получения копий актов экспертизы.

7.14. Ответ на обращения в письменной форме предоставляется только в письменной форме за подписью должностного лица на бланке СМО с обязательной регистрацией, указанием даты и

исходящего номера. В ответе должна содержаться информация о ходе рассмотрения, ответы на поставленные в обращении вопросы.

7.15. В случае отказа застрахованного лица или его представителя от дальнейшего рассмотрения его обращения, отказ оформляется в письменной форме с указанием даты отказа и заверяется подписью застрахованного лица или его представителя. В журнале обращений в письменной форме регистрируется дата отказа. В течение одного рабочего дня информация об отказе направляется в виде служебной записки в отдел медицинской экспертизы для прекращения работы по проведению экспертизы.

7.16. В случае если обращение требует проведения экспертизы, однако из медицинской организации получены письменные сведения об отсутствии медицинской документации в медицинской организации, по обращению готовится окончательный ответ с указанием на причины отсутствия медицинской документации в медицинской организации. Если в ответе указано, что медицинская документация находится на руках у застрахованного лица, в ответе разъясняется необходимость ее предоставления в медицинскую организацию.

8. Порядок рассмотрения обращений, поступающих на официальный сайт СМО, Обращений, поступивших в электронном виде или через адрес (уникальный идентификатор) личного кабинета на Едином портале

8.1. Все обращения, поступающие в электронном виде: на официальный сайт СМО www.spasenie-med.ru, на электронную почту: office@spasenie-med.ru, ufa@16sp.ru, (за исключением деятельности по ОМС), платформу обратной связи (ПОС на едином портале) подлежат обязательному рассмотрению.

8.2. Специалист отдела защиты прав застрахованных осуществляет ежедневный мониторинг обращений, поступающих с официального сайта СМО, официальной электронной почты и ПОС фиксирует факт поступления новых обращений.

8.3. В случае поступления обращения в форме электронного документа субъект страхового дела обязан уведомить заявителя о регистрации обращения (далее - уведомление о регистрации по вопросам, не касающимся деятельности по ОМС) не позднее дня регистрации обращения способом, по указанным в обращении адресу электронной почты или почтовому адресу либо способом, предусмотренным условиями договора, заключенного между субъектом страхового дела и заявителем.

8.4. В день поступления обращения на официальный сайт СМО начальник отдела защиты прав застрахованных (заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных) в зависимости от существа поставленных в обращении вопросов направляет его в структурные подразделения СМО, к компетенции которых относится их разрешение.

8.5 Структурное подразделение СМО, в которое поступило соответствующее обращение с официального сайта СМО, осуществляет подготовку ответа по существу обращения в течение пяти рабочих дней со дня поступления обращения.

8.6. В отдельных случаях, требующих получения дополнительных сведений и/или документов, подготовка ответа может быть продлена на срок до 10 рабочих дней (до тридцати календарных дней по деятельности ОМС) со дня поступления обращения.

8.7. Специалист отдела защиты прав застрахованных направляет ответ заявителю по адресу, указанному в обращении (адрес электронной почты или адрес (уникальный идентификатор) личного кабинета на Едином портале).

8.8. Вопросы – ответы размещаются на официальном сайте СМО без персональных данных. Специалист отдела защиты прав застрахованных передаёт вопросы – ответы сотруднику, ответственному за ведение сайта СМО, в течение 5 рабочих дней со дня подготовки ответа.

9. Порядок рассмотрения обращений, поступающих из личного кабинета Банка России.

9.1. Все обращения, поступающие через Личный кабинет Банка России, подлежат обязательному рассмотрению.

9.2. Начальник отдела защиты прав застрахованных или заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных осуществляет ежедневный мониторинг обращений, поступающих через Личный кабинет Банка России, и фиксирует факт поступления новых обращений не позднее рабочего дня, следующего за днем поступления в СМО.

9.3. В случае поступления обращения начальник отдела защиты прав застрахованных (заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных) обязан уведомить заявителя о регистрации обращения (далее - уведомление о регистрации) не позднее дня регистрации обращения способом, указанным в обращении по адресу электронной почты или почтовому адресу либо способом, предусмотренным условиями договора, заключенного между субъектом страхового дела и заявителем.

9.4 Копия уведомления регистрации обращения в день отправления заявителю направляется через Личный кабинет в Банк России, через поле «ответ на обращение».

9.4. В день поступления обращения через Личный кабинет Банка России начальник отдела защиты прав застрахованных (заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных) в зависимости от существа поставленных в обращении вопросов направляет его в структурные подразделения СМО, к компетенции которых относится их разрешение.

9.5. Структурное подразделение СМО, в которое поступило соответствующее обращение через Личный кабинет Банка России, осуществляет подготовку ответа по существу обращения в течение 15 рабочих дней со дня поступления обращения.

9.6. В отдельных случаях, требующих получения дополнительных сведений и/или документов, подготовка ответа может быть продлена на срок до 10 рабочих дней (до тридцати календарных дней по деятельности ОМС) со дня поступления обращения.

9.7. Структурное подразделение СМО, в которое поступило соответствующее обращение, обязано сформировать уведомление заявителю о продлении срока рассмотрения обращения с указанием

обоснования такого продления и направить заявителю соответствующее уведомление (далее - уведомление о продлении срока).

9.8. Структурное подразделение СМО, в которое поступило соответствующее обращение, передает копию уведомления заявителю о продлении срока обращения начальнику отдела защиты прав застрахованных или заместителю начальника отдела защиты прав застрахованных для направления в Банк России в день направления заявителю, через поле «ответ на обращение».

9.9. Начальник отдела защиты прав застрахованных или заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных направляет ответ заявителю способом, указанным в обращении по адресу электронной почты или почтовому адресу либо способом, предусмотренным условиями договора, заключенного между субъектом страхового дела и заявителем.

9.10. В день направления ответа заявителю копия ответа на обращение направляется через Личный кабинет в Банк России, через поле «ответ на обращение».

10. Контроль соблюдения порядка рассмотрения обращений

10.1. Контроль соблюдения порядка и сроков рассмотрения обращений, анализ содержания поступающих обращений осуществляют начальник отдела защиты прав застрахованных, заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных и заместителя генерального директора.

10.2. Указанные должностные лица в пределах своей компетенции принимают меры по своевременному выявлению и устранению причин нарушения прав, свобод и законных интересов заявителей.