**Если Ваши права в системе обязательного медицинского страхования нарушены незамедлительно обращайтесь:**

**1. В страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы:**

* **по телефону горячей линии и/или в письменном виде**
* **обратившись с жалобой через сайт**
* **обратившись лично на прием или отправив обращение  по  электронной почте**

**2. В территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области:**

* **С письменным обращением по адресу: 236003 г. Калининград, Московский проспект, 174**
* **По телефону горячей линии: 8-800-250-91-22 или 8 (4012) 313-600**
* [**Записаться на личный прием**](https://www.tfoms39.ru/about/schedule/index.php)
* [**Задать вопрос на сайте**](https://tfoms39.ru/faq/)

**При рассмотрении обращений граждан территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области руководствуется Федеральным законом от 02.05.2006г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»**

**” *При письменном обращении в т.ч. электронном, направленном на официальный сайт или  на электронный адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области, необходимо указать фамилию, имя, отчество (при наличии), почтовый адрес и/или адрес электронной почты, по которому будет направлен ответ, изложить суть обращения, поставить личную подпись и дату***

**Гражданин вправе приложить к  обращению необходимые документы и материалы в электронной форме либо направить указанные документы и материалы или их копии в письменной форме по почте**

***” При письменном обращении рекомендуем дополнительно указывать:***

* ***номер полиса обязательного медицинского страхования***
* ***наименование страховой медицинской организации***
* ***наименование медицинской организации и её подразделения (отделения), куда Вы обращались за медицинской помощью***
* ***дату оказания медицинской помощи***
* ***полные сведения о пациенте в чьих интересах направлено обращение (например, о ребенке), включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения и номер полиса обязательного медицинского страхования (наименование страховой медицинской организации)***