

# ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЕГО ЗДОРОВЬЮ (РЕГРЕССНЫЕ ИСКИ)

Наименование организации **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области**

Почтовый адрес **156013, Костромская обл, г.Кострома, ул.Ленина, 20**

**январь - март 2017 г.**

Таблица 2.4.

|                                                 | № стр. | Количество исков | Сумма полученных финансовых средств (руб.) | Сумма израсходованных финансовых средств (руб.) |
|-------------------------------------------------|--------|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1                                               | 2      | 3                | 4                                          | 5                                               |
| Регрессных исков - всего:<br>в т.ч. примененные | 1      | 0                | 0                                          | 0                                               |
| ТФОМС                                           | 2      | 0                | 0                                          | 0                                               |
| СМО                                             | 3      | 0                | 0                                          | 0                                               |