

РЕГЛАМЕНТ

возврата денежных средств по договорам оказания платных услуг в ГБУЗ МГБ

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских (немедицинских) услуг (далее - Регламент) определяет порядок и условия возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских (немедицинских) услуг физическим лицам.

1.2. Возврат денежных средств физическим лицам производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее - РФ).

1.3. Возврат денежных средств физическим лицам производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее - РФ).

Регламент предназначен для применения в следующих структурных подразделениях:

Стоматологическая поликлиника;

Отделение профилактических осмотров;

Инфекционное отделение;

Родильное отделение;

Гинекологическое отделение;

Отделение анестезиологии – реанимации и палаты интенсивной терапии;

Отделение пластической хирургии;

Педиатрическое отделение;

Терапевтическое отделение;

Травматологическое отделение;

Хирургическое отделение;

Отделение сестринского ухода;

Наркологическое отделение;

Поликлиника;

Детская поликлиника;

Женская консультация;

Центр здоровья поликлиники;

Бактериологическая лаборатория;

Отделение лучевой диагностики;

Отделение функциональной диагностики;

Эндоскопическое отделение консультативно – диагностического центра

2. Оформление возврата денежных средств

2.1. Для оформления возврата гражданину необходимо предоставить кассовый чек, документ, удостоверяющий личность (паспорт или иной документ, его заменяющий), договор об оказании услуг, заявление о возврате денежных средств установленной формы (Приложение № 1) с указанием причины возврата.

Заявление с приложением кассового чека и договора предоставляется в приемную главного врача ГБУЗ МГБ (г. Междуреченск, Бульвар Медиков, здание 9 5 этаж 541 кабинет).

2.2. Возврат денежных средств осуществляется только на основании заявления:

2.2.1. Пациенту, действующему от своего имени, - при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий);

2.2.2. Законному представителю пациента - при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий) и документов, подтверждающих законное представительство;

2.2.3. представителю пациента - при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий), и простой письменной доверенности на право получения возврата денежных средств.

2.3. Причины возврата денежных средств:

2.3.1 Техническая неисправность оборудования, ошибка администратора/медицинского регистратора (наименования услуги и/или кода услуги, стоимости услуги), невозможность оказать услугу по техническим причинам (отсутствие электроснабжения и т.д.), отсутствие врача.

2.3.2 Неудовлетворительное/некачественное оказание услуги (претензия пациента).

2.4. В случае обращения пациента по вопросу возврата денежных средств, по причинам/одной из причин, указанных в п.2.3, администратор/медицинский регистратор структурного подразделения обязан оказать содействие пациенту в заполнении заявления о возврате денежных средств.

3. Порядок возврата денежных средств

3.1. Для оформления документов о возврате денежных средств пациенту по причине, указанной в п. 2.3, необходимо обратиться в регистратуру структурного подразделения.

3.1.1 Возврат средств пациенту согласно п.2.3.1 производится в течение 5 дней с момента рассмотрения заявления главным врачом.

- при оплате за наличный расчет, на основании заявления пациента (Приложение № 2) с резолюцией заведующего структурным подразделением «к оплате», кассового чека, договора об оказании услуг, платежной ведомости объяснительной записки администратора/медицинского регистратора.

-при оплате по безналичному расчету, на основании заявления пациента с резолюцией заведующего структурным подразделением «к оплате», кассового чека, терминального чека, договора об оказании диагностических и консультационных медицинских услуг, объяснительной записки администратора/медицинского регистратора.

3.2. Все заявления пациентов о возврате денежных средств согласно п.2.3.2. (Приложение № 1) согласовываются с заведующими структурными подразделениями.

Если имеется претензия от пациента о предоставлении услуг ненадлежащего качества, то заведующие структурными подразделениями предоставляют пояснительные записки в письменном виде. Затем заявления о возврате денежных средств и объяснительные записки заведующих подразделениями передаются главному врачу и юридический отдел для рассмотрения. Срок рассмотрения заявлений 7 дней с момента их поступления.

3.3. В случае отказа в возврате денежных средств пациенту должен быть оформлен письменный ответ с указанием причин отказа. Письменный отказ должен быть направлен пациенту в трехдневный срок с момента принятия решения об отказе по почте с уведомлением. В случае получения ответа лично в руки пациент делает на копии запись о получении и заверяет ее своей подписью.

3.4. Письменный ответ готовит юридический отдел.

3.5. В случае положительного решения о возврате денежных средств пациенту за оказанные услуги главный врач в течении 1 рабочего дня направляет заявление с резолюцией в бухгалтерию для оформления платежной ведомости.

3.6. Возврат денежной суммы производится из операционной кассы бухгалтерии осуществляются наличными денежными средствами;

- иногородние пациенты для возврата денежных средств в заявлении в обязательном порядке должны указывать реквизиты для перечисления.

3.7. Сроки, установленные для рассмотрения жалобы/заявления с последующими мероприятиями (выдача средств, мотивированный отказ), не должны превышать 20 рабочих дней.

3.8. Возврат не производится:

- если срок оказания услуг был перенесен по инициативе пациента, и новый срок согласован с медицинским учреждением.

- при нарушении пациентом правил внутреннего распорядка медицинского учреждения

Приложение № _____
к регламенту возврата денежных
средств по договорам оказания
платных услуг в ГБУЗ МГБ

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Главному врачу ГБУЗ МГБ
Рыбникову С.В.

От _____

(ФИО)

(паспорт)

(адрес)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о возврате денежных средств

В связи с _____.

Прошу произвести возврат уплаченных мною ранее денежные средства в размере (сумма прописью).

Чек прилагаю.

Дата

Подпись