

Минздрав России  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)



ТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_, ректора

А.В.Раткин

« 19 »

сентября 2018

## РЕГЛАМЕНТ № 10

### возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг

#### 1. Общие положения

- 1.1. Вводится взамен регламента возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг от 10.01.2017 № 1.
- 1.2. Настоящий регламент возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг (далее - Регламент) определяет порядок и условия возврата денежных средств по договорам оказания платных медицинских услуг физическим лицам.
- 1.3. Возврат денежных средств физическим лицам производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее - РФ).
- 1.4. Регламент предназначен для применения в следующих подразделениях:
- медицинский центр «Профессор»;
  - приемное отделение 1;
  - приемное отделение 2;
  - кабинет общей врачебной практики;
  - стоматологическая клиника СибГМУ.

#### 2. Оформление возврата денежных средств

- 2.1. Для оформления возврата необходимо предоставить кассовый чек, документ, удостоверяющий личность (паспорт или иной документ, его заменяющий), договор об оказании диагностических и консультационных медицинских услуг, заявление о возврате денежных средств установленной формы (Приложение № 1, Приложение № 2) с указанием причины возврата. Заявление с приложением кассового чека и договора передается администратору/менеджеру подразделений в соответствии с п.1.4 настоящего Регламента.
- 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/менеджера (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).

2.3.3 Невыполненное в установленный срок исследование/отсутствие результатов проведенного исследования в установленные сроки.

2.4. В случае обращения пациента по вопросу возврата денежных средств, по причинам/одной из причин, указанных в п.2.3, администратор/менеджер 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 медицинского центра «Профессор», кабинет 106 приемного отделения 1, кабинет 101 приемного отделения 2, кабинет общей врачебной практики, регистратуру стоматологической клиники СибГМУ.

3.1.1 Возврат средств пациенту согласно п.2.3.1 производится в тот же день:

- при оплате за наличный расчет, на основании заявления пациента (Приложение № 2) с резолюцией заведующего центром - врача-терапевта (к оплате), кассового чека, договора об оказании диагностических и консультационных медицинских услуг, платежной ведомости объяснительной записки администратора.

Платежную ведомость оформляет администратор, подписывают заведующий центром - врач-терапевт и руководитель регистратуры (Приложение № 3).

-при оплате по безналичному расчету, на основании заявления пациента с резолюцией заведующего центром - врача-терапевта (к оплате), кассового чека, терминального чека, договора об оказании диагностических и консультационных медицинских услуг, объяснительной записки администратора.

3.2. Все заявления пациентов о возврате денежных средств согласно п.2.3.2. и п. 2.3.3. (Приложение № 1) согласовываются с заведующими структурными подразделениями. Если имеется претензия от пациента, то заведующие структурными подразделениями предоставляют объяснительные записки в письменном виде. Затем заявления о возврате денежных средств и объяснительные записки заведующих подразделениями передаются главному врачу 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 заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

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. Бухгалтер в течении 1 рабочего дня передает оформленные документы (заявление с резолюцией главного врача, кассовый чек, договор об оказании диагностических и консультационных медицинских услуг, платежную ведомость) для возврата денежных средств администратору/менеджеру подразделения в

соответствии с п.1.4 настоящего Регламента.

Администратор/менеджер в течении 1 рабочего дня оповещает пациента о положительном решении, приглашает пациента в подразделение (медицинский центр «Профессор», приемное отделение 1, приемное отделение 2, кабинет общей врачебной практики, стоматологическую клинику СибГМУ) для возврата денежных средств.

3.6. Возврат денежной суммы производится из операционной кассы, где была произведена оплата:

- если медицинские услуги были оплачены наличными денежными средствами, то и возврат осуществляется наличными денежными средствами;

- в случае возврата денежных средств, поступивших в безналичном порядке с использованием банковской карты, возврат осуществляется только в безналичной форме на ту же карту;

- 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 10 рабочих дней в случае осуществления оплаты наличными денежными средствами, 10 рабочих дней при осуществлении оплаты с использованием банковской карты и не более 30 дней при осуществлении оплаты в банк на лицевой счет пациента.

3.8. Контроль за исполнением п.3.7. возложить на администратора/менеджера подразделения.

3.9. Все возвраты денежных средств должны быть отражены в журнале возврата денежных средств с обязательным указанием следующей информации:

- - дата заявления;
- - ФИО пациента;
- - причина возврата;
- - статус (согласовано /не согласовано);
- - сумма возврата;
- - дата возврата;
- - подпись.

3.10. Журнал возвратов денежных средств ведёт администратор/менеджер, назначенный руководителем подразделения ответственным за ведение данного журнала.

3.11. Контроль исполнения данного регламента возложить на руководителей подразделений согласно п.1.4.

главный бухгалтер



И.М.Удут

Приложение № 1  
к регламенту возврата денежных средств по  
договорам оказания платных медицинских услуг  
от 19.09. 2018  
№ 10

### ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Главному врачу

**А.Н. Левко**

от \_\_\_\_\_

ФИО

\_\_\_\_\_  
Паспорт серия, номер

Выдан

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации

\_\_\_\_\_  
Контактный номер телефона

### заявление

#### о возврате денежных средств

В связи с

\_\_\_\_\_

Прошу вернуть уплаченные мною ранее денежные средства в размере

\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

Чек прилагаю.

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Подпись

Приложение № 2  
к регламенту возврата денежных средств по  
договорам оказания платных медицинских услуг  
от 19.09. 2018  
№ 10

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Заведующему центра – врачу-терапевту  
**И.И.Богомоловой**

от \_\_\_\_\_

ФИО

\_\_\_\_\_

Паспорт серия, номер

\_\_\_\_\_

Выдан

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации

\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона

**заявление**  
**о возврате денежных средств**

В связи с

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Прошу вернуть уплаченные мною ранее денежные средства в размере

\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

Чек прилагаю.

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Подпись

В кассу для оплаты в срок

с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

в сумме **Семь тысяч пятьсот** \_\_\_\_\_ руб.

Заведующий  
центром-врач-  
терапевт

\_\_\_\_\_ **И.И.Богомолова**  
(подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель  
регистратуры

\_\_\_\_\_ **И.С.Иванюк**  
(подпись) (расшифровка подписи)

**ПЛАТЕЖНАЯ ВЕДОМОСТЬ № \_\_\_\_\_**

возврат платных медицинских услуг

Форма по ОКУД

за **сентябрь** 20 **18** г.

Дата

Учреждение **ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России**

по ОКПО

ИНН **7018013613**

КПП

Структурное подразделение \_\_\_\_\_

Единица измерения: руб.

по ОКЕИ

КОДЫ
0504403
383

Расходный ордер	
номер	дата

Корреспонденция счетов	
по дебету	по кредиту

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Учетный номер		Сумма	Расписка в получении
		3	4		
1	2			5	6
1	<b>Михайлин Владимир Иванович</b>			<b>7500,00</b>	
Итого				<b>7500,00</b>	

По настоящей ведомости: выдано

**7500,00**

не выдано

депонировано

Кассир \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Раздатчик \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Составил **Администратор**  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Проверил \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.