Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Política Financiera y Acuerdo de Pago

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha

1. Pago al momento del servicio

El pago se realiza al momento del servicio, a menos que se acuerde otra cosa por adelantado. Aceptamos efectivo, tarjetas de débito y crédito, y otros métodos indicados en la recepción.

Acepto pagar los servicios en el momento en que se brindan. _____ Iniciales

2. Seguro médico

Es posible que Harmony Community Clinic no trabaje con todos los planes de seguro. El control de peso, la terapia IV, las inyecciones de vitaminas y péptidos, la mayoría de los tratamientos hormonales y todos los procedimientos estéticos generalmente no los cubre el seguro y son de pago propio. Si uso mi seguro, soy responsable de copagos, coaseguro, deducibles y cualquier servicio que mi plan no cubra. Si lo pido, la clínica puede darme un recibo detallado (superbill) para que yo lo presente a mi seguro por mi cuenta.

3. Estimado de Buena Fe (Good Faith Estimate)

Si no tengo seguro o no lo estoy usando, tengo derecho, según la ley federal, a recibir un Estimado de Buena Fe de los cargos esperados por los servicios programados antes de recibirlos. Puedo pedirlo en cualquier momento. Según la ley de Florida, también puedo pedir un estimado razonable de los cargos antes del tratamiento.

Entiendo mi derecho a recibir un Estimado de Buena Fe. _____ Iniciales

4. Medicamentos, paquetes y reembolsos

- Los medicamentos compuestos y otros medicamentos recetados se preparan o entregan específicamente para mí. Una vez entregados, no se pueden devolver ni reembolsar.
- Los paquetes, programas y membresías prepagados siguen los términos escritos entregados al momento de la compra.
- Los resultados del tratamiento no están garantizados, y no estar satisfecho con los resultados no es motivo de reembolso por servicios ya prestados.

Entiendo la política de reembolsos de medicamentos y servicios. _____ Iniciales

5. Cancelaciones y citas perdidas

Por favor avise con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita. Las cancelaciones tardías (menos de 24 horas) y las citas perdidas pueden tener un cargo de $15. Los depósitos de citas estéticas pueden aplicarse a este cargo.

Entiendo la política de cancelaciones y citas perdidas. _____ Iniciales

6. Pagos devueltos y saldos pendientes

Se puede cobrar un cargo de $15 por pagos devueltos. Los saldos sin pagar pueden enviarse a una agencia de cobros después de un aviso razonable, y seré responsable de los costos razonables de cobro según lo permita la ley.

7. Tarjeta registrada (opcional)

☐ Autorizo a Harmony Community Clinic a mantener mi tarjeta registrada y cobrarle saldos, cargos por cancelación tardía y pagos recurrentes de programas que yo haya aceptado. Los datos de mi tarjeta los guarda de forma segura el procesador de pagos, no este formulario.

He leído y acepto esta política financiera. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.