

POLÍTICA DE CANCELACIÓN, CAMBIO Y REEMBOLSO DE SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Federal de Protección al Consumidor, **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** informa a sus clientes/pacientes los términos y condiciones aplicables para solicitar el cambio de una cita médica, la cancelación de una cita, la cancelación del contrato de servicios, así como el reembolso total o parcial de los pagos realizados, incluidos aquellos efectuados por duplicado, en exceso o de manera errónea.

La contratación de cualquiera de los servicios médicos ofrecidos por **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** implica la aceptación expresa, informada y voluntaria de los términos y condiciones establecidos en la presente **Política de Cancelación, Cambio y Reembolso de Servicios Médicos Contratados**, la cual se pone a disposición del consumidor de manera previa, clara y accesible.

INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR

De conformidad con los artículos 1, 7 y 10 de la Ley Federal de Protección al Consumidor, **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** se obliga a informar de manera veraz, comprobable y oportuna las características, condiciones, precios, restricciones y políticas aplicables a los servicios médicos que ofrece.

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE CANCELACIÓN, CAMBIOS Y REEMBOLSOS

Por tratarse de servicios médicos de alta especialidad ofrecidos por **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.**, los presentes términos y condiciones de cancelación, cambios y reembolso son aplicables a todos los servicios de atención médica, estudios de gabinete, atención de urgencias, traslados, procedimientos médicos menores, servicios a domicilio y demás servicios ofertados y contratados por los clientes/pacientes y/o sus familiares.

Para solicitar la cancelación de un servicio y, en su caso, el reembolso total o parcial de los pagos realizados, incluidos pagos duplicados, en exceso o erróneos, el cliente/paciente deberá descargar el documento denominado "**Formato de Cancelación y Reembolso**", disponible en la página de internet <https://clinicadeldolorcomedem.com/>, o solicitarlo directamente en las instalaciones de la empresa por conducto de su personal.

El formato deberá ser llenado en su totalidad, indicando de manera clara la causa o motivo de la solicitud, así como la forma de pago utilizada (efectivo, tarjeta o transferencia bancaria). Será indispensable anexar los comprobantes de pago correspondientes.

El formato podrá entregarse de manera presencial en las instalaciones de **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.**, o enviarse de forma digital al correo electrónico contacto@comedem.com dentro de los plazos que se indican más

adelante. Para cualquier duda o aclaración, el cliente/paciente deberá comunicarse con el equipo de atención a clientes al número telefónico **55 4430 3370**, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

CANCELACIONES, CAMBIOS Y REEMBOLSOS

El consumidor podrá solicitar cambios, cancelaciones y, en su caso, el reembolso de los pagos realizados, siempre que la solicitud se efectúe conforme a los plazos, requisitos y procedimientos que se indican a continuación:

a) Cambios

En caso de que el cliente/paciente requiera cambiar el día y la hora de una consulta, estudio de gabinete, consulta a domicilio o cualquier otro servicio para el cual se haya programado una cita, la solicitud deberá realizarse con al menos **tres (3) días naturales** de anticipación a la fecha programada. Toda modificación estará sujeta a la disponibilidad de la agenda de la empresa.

Para solicitar el cambio, el cliente/paciente deberá comunicarse con el equipo de atención a clientes al número **55 4430 3370** o enviar un correo electrónico a **contacto@comedem.com**. En la solicitud deberá proporcionar su nombre completo, día y hora de la cita originalmente programada, tipo de servicio y la nueva fecha propuesta.

b) Cancelaciones

El cliente/paciente podrá solicitar la cancelación de una consulta, estudio de gabinete, consulta a domicilio o cualquier otro servicio contratado, siempre que dicha solicitud se realice con al menos **cinco (5) días naturales** de anticipación a la fecha programada para la prestación del servicio.

En el supuesto de que se haya contratado un servicio médico en paquete, que incluya diversas consultas o sesiones, y el cliente/paciente haya tomado una o más sesiones, podrá solicitar la cancelación cuando exista una causa de fuerza mayor o caso fortuito que imposibilite continuar con el servicio, debiendo realizar la solicitud dentro del plazo señalado en el párrafo anterior o, a más tardar, al día hábil siguiente a aquel en que surja la causa que impida continuar con el servicio.

Una vez iniciado o consumado el servicio, no procederá la cancelación ni el reembolso, salvo en los casos expresamente previstos por la legislación aplicable y por las presentes políticas.

c) Tipos de reembolso

Reembolso completo:

Procederá cuando el cliente/paciente cancele el servicio dentro del plazo

establecido y cumpla con los términos y condiciones previstos en la presente política.

Asimismo, los pagos realizados por duplicado, en exceso o de manera errónea serán reembolsados siempre que se acredite el cargo indebido y se haya presentado la solicitud correspondiente mediante el Formato de Cancelación y Reembolso. El reembolso se realizará sin cargo adicional y a través del mismo medio de pago utilizado originalmente.

Reembolso parcial:

Cuando el cliente/paciente cancele el servicio después del plazo establecido para el reembolso completo y cumpla con los términos y condiciones aplicables, podrá recibir un reembolso parcial, el cual estará sujeto a una tarifa administrativa equivalente al **cincuenta por ciento (50%)** del costo total del servicio contratado.

Improcedencia de reembolso total o parcial:

En los servicios contratados en paquete, cuando el cliente/paciente haya iniciado el servicio y no pueda continuar por causas de fuerza mayor o caso fortuito no imputables a la empresa, procederá la cancelación del servicio; sin embargo, no habrá lugar a reembolso alguno.

En los servicios médicos a domicilio que no puedan llevarse a cabo por causas imputables al cliente/paciente, tales como la imposibilidad de acceso al domicilio o cualquier otra causa ajena a la empresa, no procederá reembolso alguno.

Las citas a las que el cliente/paciente no acuda y respecto de las cuales no haya solicitado cambio alguno se considerarán perdidas y no darán derecho a reembolso.

Cancelaciones por parte de GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.:

En casos excepcionales, como eventos imprevistos o indisponibilidad del médico o personal facultativo, la empresa podrá cancelar el servicio contratado. En tal supuesto, se ofrecerá al cliente/paciente un reembolso completo o la reprogramación del servicio, según su elección y conforme a la disponibilidad de la agenda de la empresa.

AUTORIZACIÓN, FORMA Y PLAZO DE REEMBOLSO

El envío del Formato de Cancelación y Reembolso no garantiza la procedencia automática de la cancelación del servicio ni del reembolso. Cada solicitud será analizada de manera individual y estará sujeta a la validación de la documentación presentada y a la autorización del área administrativa de **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.**, tomando en cuenta en todo momento las políticas.

Una vez enviado el formato debidamente requisitado, la **respuesta será en un lapso de 5 a 7 días hábiles**, contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción.

Los reembolsos se efectuarán a través del mismo medio de pago utilizado originalmente, salvo que por causas justificadas se determine otro medio, el cual deberá ser aceptado por ambas partes.

Una vez autorizado el reembolso, este se realizará en un plazo máximo de **quince (15) días hábiles**, contados a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la autorización.

CONDICIONES ADICIONALES

a).- No se aceptarán devoluciones ni cambios respecto de servicios médicos ya realizados o consumados, salvo lo previsto en las presentes políticas.

b).- El cliente/paciente deberá cumplir con las políticas y procedimientos internos de **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** durante la prestación del servicio.

c).- **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** se reserva el derecho de modificar la presente política en cualquier momento.

d).- Los casos no previstos en esta política serán analizados por el departamento jurídico y la gerencia.

En **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.** nos esforzamos por ofrecer servicios médicos de alta calidad y el mejor cuidado para nuestros clientes/pacientes. Para cualquier duda relacionada con esta política, ponemos a su disposición nuestros canales de atención.

Como cliente/paciente de **GRUPO MÉDICO COMEDEM, S.C.**, con la firma del presente documento hago constar que he sido informado de manera clara sobre las políticas de cancelación, cambios y reembolsos, que comprendo su alcance legal y que acepto expresamente su contenido, firmando al margen de cada hoja y al calce en la última para constancia legal.

Firma del cliente/paciente

Nombre completo:

Fecha y hora: