



## Resumen del Convenio de asistencia para seguros CAN Cares

CAN COMMUNITY HEALTH, INC., una compañía sin fines de lucro a nivel nacional (“CAN”), puede proporcionarles asistencia para seguros a pacientes que participen en programas de hepatitis C, VIH o profilaxis previa a la exposición (PrEP). Los participantes del programa de asistencia para seguros, llamado “CAN Cares”, se inscriben en un plan de seguro aprobado a través de [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). Los planes de seguro varían de un estado a otro. La asistencia para seguros cubrirá las primas mensuales de los planes de seguro. La asistencia para seguros CAN Cares no paga copagos, deducibles ni coseguro. Tenga en cuenta que los pagos realizados por CAN como primas mensuales pueden ser considerados ingresos cuando se declaran los impuestos y pueden generar créditos fiscales. Sugerimos solicitar orientación a un profesional especialista en impuestos. Esos créditos fiscales y cualquier prima mensual devuelta pagada por CAN deberán devolverse a CAN apenas se reciban.

Gracias por participar en el programa de asistencia para seguros CAN Cares, que comenzará el primer día del mes posterior a que se complete una inscripción y continuará hasta la fecha que se indica a continuación y que se dará por terminado como máximo el último día del año calendario, sujeto a cualesquiera otros términos y condiciones que se apliquen al convenio. Usted ha expresado su aceptación de las siguientes “Condiciones para la participación” descritas a continuación y este es un resumen de lo aceptado.

He aceptado usar una farmacia aprobada por CAN y un proveedor médico aprobado por CAN.

He aceptado seguir cumpliendo el plan de tratamiento según lo acordado por mi proveedor de CAN, incluidas las derivaciones a especialistas, los medicamentos y las visitas de seguimiento.

He aceptado cumplir con todas mis citas médicas y de laboratorio.

Toda la información que proporcioné es exacta y completa. Entiendo que debo informar a mi asesor de cuidados sobre cualquier cambio en mis ingresos. Soy responsable de cualquier gasto ocasionado por proporcionar información inexacta o incompleta; CAN no es responsable de ningún gasto incurrido ni ninguna responsabilidad fiscal.



Acepté presentar toda la correspondencia del mercado de seguros de salud, la compañía de seguros, las compañías de laboratorio, los agentes de seguros o solicitada por CAN a mi asesor de cuidados.

Acepté proporcionarle a CAN cualquier cheque de reembolso asociado con mi plan de salud que pueda recibir. De lo contrario, se puede ver afectada mi capacidad para participar en el programa. Algunos ejemplos son: reembolsos de primas, pagos en exceso a proveedores y créditos fiscales.

Acepté que no cambiaré mi plan de seguro de salud sin ponerme en contacto primero con mi asesor de cuidados.

Entiendo que puedo ser excluido del plan de asistencia para seguros CAN Cares por incumplimiento durante más de 30 días, o si uso una farmacia o un proveedor que no esté aprobado por CAN.

Entiendo que el plan de mi seguro puede cambiar en cualquier momento para adecuarlo mejor a mis necesidades de cuidados de la salud de CAN Cares y que mi participación será revisada cada año durante el período de inscripción abierta del mercado de seguros de salud.

Entiendo que puedo cancelar mi cobertura de salud en cualquier momento y que CAN puede cancelar mi cobertura de salud por cualquier motivo con 30 días de aviso previo.

He leído y entiendo la política que antecede. Entiendo y cumpliré los criterios y mis responsabilidades para continuar recibiendo asistencia siempre que tenga una necesidad y que haya asistencia disponible.

Si tengo alguna pregunta o inquietud sobre mi seguro de salud de CAN Cares, me pondré en contacto con mi clínica o me comunicaré con [CANcaresHelp@cancommunityhealth.org](mailto:CANcaresHelp@cancommunityhealth.org).