

algún día es hoy



**LEUKEMIA &
LYMPHOMA
SOCIETY®**

fighting blood cancers

El cáncer y sus finanzas



Un mensaje de Louis J. DeGennaro, PhD

Presidente y Director General de La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) es la organización voluntaria de salud más grande del mundo dedicada a encontrar curas para los pacientes con cáncer de la sangre. Nuestras subvenciones para la investigación médica han financiado muchos de los avances más prometedores de hoy en día. Somos la principal fuente de información, educación y apoyo gratuitos para el cáncer de la sangre. Además, abogamos por los pacientes con cáncer de la sangre y sus familias, para asegurar que tengan acceso a una atención médica asequible, coordinada y de calidad.

Desde 1954, hemos sido una fuerza impulsora de casi todos los tratamientos de vanguardia para los pacientes con cáncer de la sangre. Hemos invertido más de \$1 billón de dólares en la investigación médica destinada al avance de tratamientos para salvar vidas. Gracias a la investigación y al acceso a mejores tratamientos, las tasas de supervivencia para muchos pacientes con cáncer de la sangre se han duplicado, triplicado e incluso cuadruplicado.

Sin embargo, todavía hay mucho por hacer.

Hasta que haya una cura para el cáncer, continuaremos trabajando con determinación para financiar nuevas investigaciones, crear nuevos programas y servicios para los pacientes y compartir información y recursos sobre el cáncer de la sangre.

Este librito ofrece información que puede ayudarlo a entender sus finanzas, preparar preguntas informadas, encontrar respuestas y recursos y comunicarse mejor con los miembros de su equipo de profesionales médicos.

Nuestra visión es que, algún día, todas las personas con cáncer de la sangre se curen o puedan manejar la enfermedad para poder disfrutar de una mejor calidad de vida. El día de hoy, esperamos que nuestra experiencia, conocimiento y recursos le beneficien en su camino.



Louis J. DeGennaro, PhD

Presidente y Director General

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma

Contenido

- 2** Siglas
- 4** Introducción
- 5** Información y recursos
- 9** Seguro médico
- 15** Tipos de planes de seguro médico
- 21** Denegación de cobertura de seguro médico
- 22** Ayuda económica
- 24** Protecciones federales de empleo
- 26** Opciones de seguros por discapacidad
- 27** Defensa del paciente
- 31** Listas de verificación sobre los asuntos económicos
- 34** Recursos

Agradecimiento

Por su revisión crítica y sus importantes contribuciones al material presentado en esta publicación, la cual está basada en la versión en inglés *Cancer and Your Finances*, la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma agradece a:

Joanna L. Fawzy Morales, Esq.
Directora General de Triage Cancer

Siglas

Al leer esta publicación, usted notará que se incluyen varias siglas en inglés relacionadas con los asuntos económicos de la atención médica para el cáncer, los seguros médicos, las normas vinculadas y las organizaciones que ofrecen orientación y ayuda con estos asuntos. Las siglas le servirán para entender su significado y uso en los Estados Unidos. A continuación se incluye una lista en orden alfabético de las principales siglas en inglés que aparecen en esta publicación.

Sigla	Término en inglés	Término en español
ACA	Patient Protection and Affordable Care Act; también conocida como PPACA	Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio
ADA	Americans with Disabilities Act	Ley para Estadounidenses con Discapacidades
BMT InfoNet	Blood & Marrow Transplant Information Network	Red de Información sobre el Trasplante de Sangre y Médula Ósea
C-FAC	Cancer Financial Assistance Coalition	Coalición de Ayuda Económica para Pacientes con Cáncer
COBRA	Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act	Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado
EPOs	Exclusive Provider Organizations	planes de organizaciones de proveedores exclusivos
FFS	Fee-for-Service plan	plan de pago por servicio
FHCE	Foundation for Health Coverage Education	Fundación para la Educación sobre la Cobertura Médica
FMLA	Family and Medical Leave Act	Ley de Ausencia Familiar y Médica
HMOs	Health Maintenance Organizations	organizaciones para el mantenimiento de la salud
HUD	United States Department of Housing and Urban Development	Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos
LLS	The Leukemia & Lymphoma Society	La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma
MA-PD	Medicare Advantage prescription drug plan	plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage

Sigla	Término en inglés	Término en español
NCSL	National Conference of State Legislatures	Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales
NCLSN	National Cancer Legal Services Network	Red Nacional de Servicios Legales Relacionados con el Cáncer
NFT	National Foundation for Transplants	Fundación Nacional de Trasplantes
NIMH	National Institute of Mental Health	Instituto Nacional de Salud Mental
NMDP	National Marrow Donor Program	Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea
PAF	Patient Advocate Foundation	Fundación Defensora del Paciente
PDP	prescription drug plan	plan de medicamentos recetados
POS	Point-of-Service plan	plan de punto de servicio
PPA	Partnership for Prescription Assistance	Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados
PPOs	Preferred Provider Organizations	organizaciones de proveedores preferidos
SBC	Summary of Benefits & Coverage	resumen de beneficios y cobertura
S-CHIP	State Children's Health Insurance Program	Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños
SHIP	State Health Insurance Assistance Program	Programa Estatal de Asistencia para los Seguros Médicos
SSDI	Social Security Disability Insurance	Seguro por Incapacidad del Seguro Social
SSI	Supplemental Security Income	Seguridad de Ingreso Suplementario
VA	U.S. Department of Veterans Affairs	Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos

Introducción

El pago de la atención médica es una gran preocupación para muchas personas que viven con un cáncer de la sangre, ya sea la leucemia, el linfoma, el mieloma, un síndrome mielodisplásico o una neoplasia mieloproliferativa.

Millones de personas en los Estados Unidos no tienen seguro médico, y el número de personas que carecen de cobertura suficiente está aumentando rápidamente.

- Algunas personas permiten que su cobertura de seguro médico termine cuando dejan de trabajar o cambian de trabajo, o porque no pueden costearla.
- Algunas personas que no pueden solventar el costo de un seguro privado tal vez no se den cuenta de que reúnen los requisitos para participar en programas gubernamentales o recibir otros tipos de asistencia.
- Algunos pacientes descubren, después de recibir un diagnóstico de cáncer, que su póliza no cubre los medicamentos recetados o los tratamientos que necesitan.
- Algunos pacientes tienen dificultades para costear los copagos, los deducibles o el coseguro.

Este librito describe las opciones de seguro médico y los recursos disponibles para ayudar a los pacientes y a sus familias a manejar los aspectos económicos de la atención médica para el cáncer. Puede resultarle útil echarle un vistazo al librito entero y luego volver a secciones específicas según sea necesario.

Los Especialistas en Información de La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés), disponibles por teléfono al (800) 955-4572, ofrecen orientación sobre los seguros médicos, programas gubernamentales, beneficios por discapacidad, programas de ayuda económica y recursos de apoyo y defensa del paciente. El personal dedicado al acceso del paciente en las oficinas comunitarias de LLS puede ayudarlo a conectarse con los programas de LLS y otros recursos de la comunidad.

La información de este librito se ofrece con fines exclusivos de información general y no debería usarse como sustituto de la orientación de profesionales ni de servicios profesionales. La información acerca de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 es correcta en el momento de publicación, y está sujeta a cambios. Si tiene preguntas o necesita obtener más información, comuníquese con un Especialista en Información de LLS llamando al (800) 955-4572, o visite el sitio web de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio en www.cuidadodesalud.gov.

Esta publicación tiene como objetivo brindar información precisa y fidedigna relacionada con el tema en cuestión. Es distribuida por LLS como un servicio público, entendiéndose que LLS no se dedica a prestar servicios médicos ni otros servicios profesionales.

Información y recursos

Esta sección del librito enumera varios recursos que están disponibles para usted. LLS ofrece información y servicios sin costo a los pacientes y las familias afectadas por el cáncer de la sangre. Use esta información para:

- Aprender más sobre los recursos a su disposición
- Hacer preguntas informadas a los profesionales involucrados en su atención médica y el pago de la misma
- Aprovechar al máximo el conocimiento y las habilidades de su equipo de profesionales médicos

Para obtener información y ayuda

Consulte a un Especialista en Información. Los Especialistas en Información son enfermeros, educadores en salud y trabajadores sociales especializados en oncología, todos titulados a nivel de maestría. Ofrecen información actualizada sobre las enfermedades y los tratamientos. Para obtener más información:

- Llame al: (800) 955-4572 (Lun-Vie, de 9 a.m. a 9 p.m., hora del Este)
Puede pedir hablar con un Especialista en Información en español.
- Correo electrónico: infocenter@LLS.org (Lun-Vie, de 9 a.m. a 7 p.m., hora del Este)
Puede enviar correos electrónicos y recibir respuestas en español.
- Sesión de conversación (chat) en directo: www.LLS.org/especialistas
Puede conversar con un Especialista en Información por Internet en español.
- Visite: www.LLS.org/especialistas

Información y recursos en español. LLS ofrece información y recursos gratuitos en español. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite la versión en español del sitio web de LLS en www.LLS.org/espanol. Puede acceder a información y recursos en inglés en www.LLS.org.

- **Materiales gratuitos.** LLS ofrece publicaciones educativas y de apoyo sin costo que se pueden leer por Internet o descargar. También se pueden pedir versiones impresas sin costo. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/materiales.
- **Sugerencias de preguntas que usted puede hacer a los profesionales médicos.** LLS ofrece información y recursos para ayudarlo a usted y sus familiares y cuidadores a hacer preguntas informadas a los profesionales médicos. Visite www.LLS.org/preguntas para descargar y/o imprimir guías con preguntas sugeridas, o llame al (800) 955-4572 para pedir copias impresas por correo.

- **Programas educativos por teléfono o por Internet.** LLS ofrece programas educativos gratuitos por teléfono o por Internet para los pacientes, cuidadores y profesionales médicos. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/programas.

Servicios de interpretación. Informe a su médico si necesita los servicios de un intérprete que hable español o algún otro recurso, tal como un intérprete del lenguaje de señas. A menudo, estos servicios están disponibles sin costo para los pacientes, sus familiares y cuidadores durante las citas médicas y las emergencias de tratamiento.

Programa de Asistencia para Copagos. LLS ofrece ayuda económica a pacientes que reúnen los requisitos, para ayudarlos a cubrir los costos de las primas y los copagos de los seguros médicos. Para obtener más información:

- Llame al: (877) 557-2672
- Visite: www.LLS.org/copagos

Recursos comunitarios y establecimiento de contactos

Foros y salas de conversación por Internet sobre el cáncer de la sangre. Los foros de comunicación por Internet y las salas de conversación (chats) con moderadores pueden ayudar a los pacientes con cáncer a obtener apoyo y a conversar y compartir información (en inglés). Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información.

Oficinas comunitarias de LLS. LLS ofrece apoyo y servicios comunitarios en los Estados Unidos y Canadá, que incluyen:

- El *Programa Primera Conexión de Patti Robinson Kaufmann*
A través de este programa, LLS puede ponerlo en contacto con otro paciente que tiene su enfermedad. Muchas personas se benefician del apoyo mutuo y de la oportunidad única de compartir experiencias y conocimiento.
- Grupos de apoyo
Los grupos de apoyo les ofrecen oportunidades a los pacientes y cuidadores de conocerse personalmente y compartir experiencias e información sobre las enfermedades y los tratamientos, así como beneficiarse del apoyo mutuo
- Otros recursos útiles, tales como programas dirigidos a comunidades específicas

Para obtener más información sobre estos programas:

- Llame al: (800) 955-4572
- Visite: www.LLS.org/servicios
También puede comunicarse con las oficinas locales de LLS para enterarse de las opciones en su comunidad. Para localizar los recursos en su área, llame

al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/chapterfind (en inglés).

Otras organizaciones útiles. LLS ofrece una lista extensa de recursos para los pacientes y sus cuidadores y familiares. Existen recursos útiles relacionados con la ayuda económica, los servicios de consejería, el transporte, las opciones de campamentos de verano y otras necesidades.

Para obtener más información, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés). Para obtener asistencia en español, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información.

Ensayos clínicos (estudios de investigación médica). Hay nuevos tratamientos en curso para pacientes con cáncer de la sangre. Los pacientes pueden informarse sobre los ensayos clínicos y cómo acceder a ellos. Para obtener más información:

- Llame al: (800) 955-4572
Un Especialista en Información de LLS que puede ayudarlo a realizar búsquedas de ensayos clínicos.
- Visite: www.LLS.org/clinicaltrials
Haga clic en TrialCheck® (en inglés).

Defensa del paciente. La Oficina de Políticas Públicas (OPP, por sus siglas en inglés) de LLS utiliza los servicios de voluntarios para abogar por políticas y leyes que aceleren el desarrollo de nuevos tratamientos y mejoren el acceso a una atención médica de calidad. Para obtener más información:

- Llame al: (800) 955-4572
- Visite: www.LLS.org/abogar

Ayuda adicional para poblaciones específicas

Veteranos. Los excombatientes con ciertos tipos de cáncer de la sangre que estuvieron expuestos al “agente naranja” mientras prestaban servicio en Vietnam tal vez puedan recibir ayuda del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (VA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información:

- Llame al: (800) 749-8387
- Visite: www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange (en inglés)

Sobrevivientes del World Trade Center (WTC). Las personas afectadas en el período posterior a los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 que posteriormente recibieron un diagnóstico de cáncer de la sangre tal vez reúnan los requisitos para recibir ayuda del Programa de Salud World Trade Center. Entre las personas que reúnen los requisitos para recibir ayuda se incluyen:

- El personal de respuesta/emergencia

- Los trabajadores y voluntarios que ayudaron con el rescate, la recuperación y la limpieza de los sitios relacionados con el World Trade Center en la ciudad de Nueva York
- Los sobrevivientes que estuvieron en el área del desastre en la ciudad de Nueva York, o que vivían, trabajaban o asistían a una escuela en el área
- El personal de respuesta/emergencia que respondió a los ataques terroristas del Pentágono y de Shanksville, Pennsylvania

Para obtener más información:

- Llame al: Programa de Salud WTC al (888) 982-4748
Puede pedir hablar con un representante del programa en español.
- Visite: www.cdc.gov/wtc/faq.html (en inglés)
La información sobre los requisitos del programa, el proceso de solicitud y una solicitud por Internet están disponibles en español en www.cdc.gov/wtc/apply_es.html.

Personas que sufren de depresión. El tratamiento de la depresión tiene beneficios para los pacientes con cáncer. Pida asesoramiento médico si su estado de ánimo no mejora con el tiempo, por ejemplo, si se siente deprimido todos los días durante un período de dos semanas. Para obtener más información:

- Llame al: (866) 615-6464
Puede hablar con alguien en español de lunes a viernes, de 8:30 a 5 p.m., hora del Este.
- Visite: www.nimh.nih.gov
Este es el sitio web del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). Escriba “depresión” (en español) en la casilla de búsqueda para obtener enlaces de información en español sobre la depresión y su tratamiento.

Comentarios. ¿Le gusta este librito? ¿Tiene alguna sugerencia? Queremos saber su opinión. Para ofrecer sus comentarios:

- Llame al: (800) 955-4572
Puede comunicar sus comentarios a un Especialista en Información por teléfono.
- Visite: www.LLS.org/materiales
Busque la sección titulada “Nos gustaría saber sus opiniones”. Haga clic en “Publicaciones de LLS sobre enfermedades y tratamiento: Encuesta para pacientes, familiares y amigos”.

Seguro médico

El seguro médico ayuda a pagar por los tratamientos médicos costosos y puede proteger a los pacientes y sus familias de las dificultades económicas. Hay diferentes tipos de programas de seguro médico privados y públicos. La cobertura del seguro médico privado puede provenir de:

- Un empleador
- Un sindicato
- Otra asociación
- Una póliza individual que se ha comprado de una compañía de seguros

Los programas de seguro médico financiados por el gobierno incluyen:

- Medicaid
- El Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (S-CHIP, por sus siglas en inglés)
- Medicare
- Otros programas del gobierno

Según la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (a menudo llamado simplemente Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio o ACA, por sus siglas en inglés), es obligatorio que la mayoría de los ciudadanos estadounidenses y personas que viven legalmente en los Estados Unidos tengan la cobertura mínima esencial de una póliza de seguro médico a partir del 1 de enero de 2014. Este requisito suele denominarse el “mandato individual”.

La cobertura mínima esencial de seguro médico incluye:

- El seguro que obtiene a través de su empleador
- Las pólizas que compra directamente de una compañía de seguros
- Medicare
- Medicaid
- Fondo común de alto riesgo (“high-risk pool” en inglés) del estado
- Planes de salud para veteranos
- Otros tipos de cobertura

Si usted no tiene cobertura de seguro médico durante al menos nueve meses en un año, deberá pagar una multa. En 2014, la multa será de \$95 en el caso de los adultos o 1% de su ingreso familiar, el que resulte mayor; en 2015, será \$350 o 2% de su ingreso familiar; en 2016, será \$695 o 2.5% de su ingreso familiar. El requisito tiene algunas excepciones y por eso algunas personas no

necesitan obtener este seguro médico, entre ellas: las que sufren dificultades económicas, las que tienen objeciones religiosas, los miembros de una tribu indígena, los inmigrantes indocumentados y las personas encarceladas.

¿Cómo me informo sobre mis opciones de la atención médica?

El sitio web en www.cuidadodesalud.gov, administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ofrece información sobre las reformas de la atención médica y sobre todas las opciones de seguro médico que están disponibles en su área geográfica. Para obtener más información sobre las diferentes opciones de seguro médico, vea la página 15. LLS se ha asociado con otras organizaciones dedicadas a la defensa de los pacientes con cáncer para desarrollar la *Guía de cobertura médica para personas con cáncer*, que puede ayudarlo a comprender cuál plan de seguro médico le servirá en su caso. Para obtener más información, visite www.cancerinsurancechecklist.org/es/.

Conozca su cobertura

No es poco común descubrir que carece de cobertura suficiente cuando recibe un diagnóstico de una enfermedad seria, como el cáncer. Los pacientes recién diagnosticados deben saber qué cubren sus seguros médicos, cómo proteger sus beneficios, con qué recursos cuentan para cubrir lo que no pague su póliza, y qué gastos necesitarán pagar de su propio bolsillo. Los sobrevivientes del cáncer que necesitarán recibir atención de seguimiento también deben saber qué está cubierto por el seguro médico.

Las personas que tienen un plan de seguro médico deben leer sus pólizas atentamente para comprender los servicios médicos que están cubiertos. Estos gastos pueden incluir:

Primas

- La prima es el costo de la participación en el plan.
- Por lo general, los pagos de las primas se hacen mensualmente.

Deducible

- El deducible es un monto fijo de dinero que cada paciente debe “satisfacer” o pagar como parte de los gastos que tiene que pagar de su propio bolsillo cada año antes de que el plan de la compañía de seguros cubra los gastos médicos.

Copagos

- Un copago es el monto fijo de dólares que paga el paciente en el momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados.
- No se aplican a los montos del deducible del plan de seguro médico.
- Puede variar dependiendo de si el paciente consulta a un especialista (por ejemplo, un hematólogo/oncólogo) o un médico de atención primaria.

Coseguro/gastos compartidos

- Se trata del porcentaje de gastos médicos compartidos por el paciente y el plan de seguro médico.
- Por ejemplo, en un plan 80/20, el asegurador paga el 80 por ciento de los gastos cubiertos y el paciente paga el 20 por ciento restante de los gastos médicos o de los medicamentos recetados.
- Este costo se paga además de los deducibles y copagos.
- El coseguro puede corresponder a los servicios del hospital, ciertas pruebas de laboratorio o cuando un paciente recibe atención médica de un profesional médico fuera de la red del plan.

Gastos de su bolsillo (“Out-of-Pocket” en inglés)

- Se tratan del monto total de los gastos médicos que son responsabilidad de los pacientes.

Dentro de la red y fuera de la red (“In-Network” y “Out-of-Network” en inglés)

- Los proveedores dentro de la red son contratados por la compañía de seguros para brindar servicios a los miembros del plan con tarifas prefijadas.
- Los proveedores fuera de la red no están contratados directamente por el plan de seguro médico.
- El monto que usted tendría que pagar por un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que pagaría por un proveedor fuera de la red.

Límites de por vida y anuales (“Lifetime & Annual Maximums” o “Caps” en inglés)

- Se tratan de los beneficios máximos que se pagarán por cada persona inscrita en el plan cada año o durante la vida de dicha persona.
- Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, para los años en que los planes comenzaron a partir del 23 de septiembre de 2010, los planes no pueden continuar imponiendo un máximo de por vida, y a partir del 1 de enero de 2014 los planes ya no pueden imponer límites anuales a los beneficios médicos esenciales.

Organícese

Una vez que haya obtenido su plan de seguro médico, revise el plan para asegurarse de que la información personal de todas las personas cubiertas sea correcta.

Los titulares de pólizas individuales deberían:

- Leer la página de declaraciones (a menudo es la primera página de la póliza) y evaluar la información.
- Revisar el resumen de beneficios y cobertura (“Summary of Benefits & Coverage” o SBC, por sus siglas en inglés) y subrayar cualquier exclusión o límite de cobertura.
- Asegurarse de no pasar por alto ninguna cláusula adicional (“rider” en inglés) ni formulario de endoso (“endorsement form” en inglés). Estas son páginas adicionales de la póliza que se desarrollan como actualizaciones del plan inicial y describen cambios de los beneficios del plan que pueden afectar la cobertura médica.

Hay algunas medidas que los pacientes y sus familiares pueden tomar para obtener el máximo de su cobertura.

1. Haga muchas preguntas. Uno nunca sabe quién podría ayudarlo y con qué.
2. Pida que su compañía de seguros le asigne un coordinador de casos. Esta persona será el contacto directo para el paciente o los familiares, para responder a sus preguntas acerca de las solicitudes de cobertura o la póliza. Cuando un paciente necesita recibir muchos tratamientos médicos, ayuda tener una sola persona con quien hablar en la compañía de seguros.
3. Guarde una copia de todas las solicitudes de cobertura y trámites relacionados en una carpeta organizada por categorías. Esta incluiría cartas que describen una necesidad médica, facturas, recibos, solicitudes de ausencia por enfermedad con permiso, etc. Lleve también un registro escrito de cualquier conversación telefónica que tenga con los aseguradores, que incluya el nombre de la persona con la que habla, un resumen de la conversación y la fecha.
4. Revise las pólizas de seguro médico con frecuencia para determinar qué servicios y medicamentos están cubiertos.
5. El proceso de comunicación y trámites con la compañía de seguros puede ser muy estresante. Averigüe si su empleador tiene un asesor de beneficios o representante de empleados que pueda ayudarlo o llamar a organizaciones, como la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, para pedir información y ayuda.
6. Obtenga un comprobante de la cobertura del seguro médico previo de su compañía de seguros (se llama certificado de cobertura acreditable, o “certificate of creditable coverage” en inglés).

7. Pague las primas a tiempo y en su totalidad para evitar una interrupción o cancelación de la cobertura.
8. Asegúrese de cumplir con las reglas de la compañía de seguros, por ejemplo, si debe llamar a un número de llamada gratuita antes de ir al hospital.
9. Verifique si se necesita una autorización o certificación previa para recibir cualquier procedimiento o tratamiento.
10. Utilice un médico o centro médico dentro de la red de su plan para evitar gastos innecesarios de su propio bolsillo.
11. Mantenga buenas relaciones con su médico, enfermero, trabajador social, la persona responsable de facturación y otros profesionales con quienes interactúa en sus citas de tratamiento. Si tiene un problema con una reclamación al seguro, estas personas tal vez puedan ayudarlo o abogar por sus derechos.
12. Haga preguntas sobre todos los gastos de la atención médica que la compañía de seguros no pague. No suponga que tiene que pagar por todos los gastos del tratamiento o que todos los cargos son correctos.
13. Sepa qué hacer si le deniegan una reclamación (vea la sección *Denegación de cobertura de seguro médico* en la página 21).
14. Conozca las leyes que tienen como objetivo proteger a los pacientes y proporcionar una continuación de la cobertura médica, por ejemplo, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés; vea la página 18), la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés; vea la página 25).
15. Utilice cuentas de gastos flexibles (“flexible spending accounts” en inglés), un beneficio ofrecido a los empleados por sus empleadores que les permite dedicar un monto fijo de su salario, antes de las deducciones impositivas, para gastos médicos autorizados que no estén cubiertos en el plan de seguro médico del empleador. Los gastos autorizados incluyen los gastos que se tienen que pagar de su propio bolsillo, tales como los copagos de las citas médicas y los medicamentos recetados.

Protección para los consumidores de atención médica

Protección para problemas médicos preexistentes en adultos. A partir del 1 de enero de 2014, a las compañías aseguradoras ya no se les permite denegar una póliza de seguro médico a adultos con problemas médicos preexistentes, tales como cáncer. Las compañías aseguradoras tampoco pueden continuar imponiendo períodos de exclusión para afecciones preexistentes en sus pólizas.

Calificación de primas. A partir del 1 de enero de 2014, a las compañías aseguradoras ya no se les permite tomar en cuenta un problema médico preexistente, los antecedentes médicos ni el sexo de una persona al determinar el costo de la prima mensual de una póliza de seguro médico. Las compañías aseguradoras solo pueden considerar la edad, la ubicación geográfica y (en algunos estados) el consumo de tabaco para determinar el costo de la prima mensual de una póliza.

Cancelaciones del seguro médico (anulación). Las compañías aseguradoras ya no pueden cancelar o “rescindir” su póliza a menos que usted cometa un fraude, mienta deliberadamente en la solicitud de inscripción o deje de pagar sus primas.

Servicios preventivos gratuitos. La mayoría de las compañías aseguradoras privadas están obligadas a ofrecer cobertura gratuita para ciertos servicios preventivos como parte de sus pólizas, por ejemplo, evaluaciones para la detección del cáncer. Esto significa que usted puede acceder a estos servicios sin tener que pagar un copago o coseguro. Hay una lista de estos servicios preventivos en www.cuidadodesalud.gov.

Acceso a ensayos clínicos. La participación en un ensayo clínico podría ser una opción excelente para una persona con cáncer. A partir del 1 de enero de 2014, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que las compañías aseguradoras cubran los “costos de rutina” de las personas que decidan participar en un ensayo clínico aprobado. Los costos de rutina tal vez incluyan las consultas con el médico, pruebas de sangre, pruebas de detección por imágenes, imágenes por resonancia magnética, etc. Existen otras leyes que posiblemente ofrezcan protección adicional a los participantes de los ensayos clínicos en 36 estados y el Distrito de Columbia.

Si desea más información sobre cómo se aplicarían estas y otras reformas de la atención médica en su caso, visite www.cuidadodesalud.gov.

Adultos jóvenes

Los adultos jóvenes que reciben un diagnóstico de cáncer tienen preocupaciones diferentes a las de otros pacientes. Los pacientes jóvenes tal vez deban tomar decisiones difíciles, ya sea que asistan a la secundaria, universidad o vivan solos. Es posible que vivan lejos de sus familiares. Puede que no tengan seguro médico o estén preocupados acerca de mantener su cobertura. Las siguientes sugerencias tal vez sean útiles:

- Si un plan de seguro familiar cubre a dependientes, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio permite a los adultos jóvenes permanecer en el plan de seguro de sus padres hasta los 26 años de edad. Para obtener más información, comuníquese con su compañía de seguros o visite www.cuidadodesalud.gov.
- La cobertura para tratamientos de fertilidad varía de estado a estado. Para obtener información acerca de recursos adicionales, consulte la publicación

gratuita de LLS titulada *Fertilidad* y vea la sección de Recursos en las páginas 34 - 37 de este librito.

- LLS cuenta con programas dirigidos a los pacientes adultos jóvenes. Visite www.LLS.org/youngadults (en inglés) para tener acceso a recursos y programas acerca del empleo, la supervivencia, los seguros, el manejo del cáncer y otros temas importantes. Para tener acceso a recursos adicionales, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Tipos de planes de seguro médico

Planes privados. Las siguientes descripciones generales pueden diferir de las de su cobertura, por lo que siempre debe revisar la descripción de su propio plan.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud

- Las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs, por sus siglas en inglés) ofrecen a los miembros de los planes costos reducidos para recibir servicios de médicos, hospitales y clínicas específicos.
- Es necesario usar estos proveedores específicos para que los servicios médicos sean cubiertos por el plan.
- Los miembros del plan eligen un médico de atención primaria y deben obtener el permiso de este médico (una remisión, o “referral” en inglés) para consultar a cualquier otro profesional médico.

Organizaciones de proveedores preferidos

- Las organizaciones de proveedores preferidos (PPOs, por sus siglas en inglés) ofrecen costos reducidos a los miembros de los planes.
- Los miembros pagan un monto de copago estándar por una consulta.
- Los miembros pueden optar entre proveedores dentro o fuera de la red en lugar de limitarse a proveedores designados.
- El miembro puede consultar a un especialista sin el permiso del médico de atención primaria, siempre y cuando el especialista forme parte de la red de organizaciones de proveedores preferidos.
- Un especialista dentro de la red es generalmente la opción menos costosa.
- Si un miembro consulta a un especialista fuera de la red, puede tener que pagar toda la factura primero y luego enviar una solicitud de reembolso.
- Puede haber un deducible por recibir servicios médicos fuera de la red, o puede que los miembros tengan que pagar la diferencia entre lo que cobran los médicos dentro de la red y lo que cobran los médicos fuera de la red (esto se llama facturación del saldo, o “balance billing” en inglés).

Organizaciones de proveedores exclusivos

- Los planes de organizaciones de proveedores exclusivos (EPOs, por sus siglas en inglés) son similares a los planes de las organizaciones de proveedores preferidos en cuanto a que ofrecen a los miembros del plan costos reducidos, y los miembros pagan un copago por las consultas.
- Sin embargo, los miembros deben seleccionar a los proveedores de una lista limitada.
- Si el miembro del plan consulta a un médico fuera de la red, el miembro del plan puede tener que pagar entre el 20 y el 100 por ciento del costo de la consulta.
- Este plan puede ser difícil para los pacientes que necesitan consultar a varios especialistas distintos.

Punto de servicio

- Los planes de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) combinan las características de los planes de las organizaciones para el mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos.
- Los participantes del plan pueden elegir la mejor opción de red de proveedores según sus necesidades, cada vez que busquen atención médica.
- Este tipo de plan permite a los participantes obtener atención de un profesional de la red para un tipo de atención y en el siguiente “punto de servicio”, consultar a un profesional contratado por el plan para prestar servicios a un costo reducido.
- En un plan de punto de servicio, el miembro del plan usualmente consulta primero a su médico de atención primaria por cualquier necesidad médica.
- Si es necesario, el miembro recibe una remisión para consultar a un especialista.
- El miembro del plan puede consultar a un proveedor fuera de la red y aun recibir cobertura, pero sustancialmente menor cobertura que la que recibiría si consultara a un médico dentro de la red.

Pago por servicio

- Los planes de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) son más flexibles, pero implican primas y gastos mayores de su propio bolsillo, así como más trámites.
- Los miembros del plan pueden elegir sus propios médicos y hospitales.
- Los miembros pueden consultar a un especialista sin el permiso de un médico de atención primaria.
- Por lo general hay un monto de deducible que se tiene que pagar antes de que la compañía de seguros comience a pagar por los servicios cubiertos. Después de pagar el monto del deducible, el plan paga a los médicos por un

porcentaje de la factura, típicamente el 80 por ciento, y los miembros deben pagar el 20 por ciento restante.

- Los miembros de un plan de pago por servicio pueden tener que pagar primero por los servicios médicos y luego presentar una solicitud de reembolso.
- Estos planes pagan por gastos médicos “razonables y habituales” (una tarifa razonable y habitual es el monto que su plan de salud determine que está dentro de los límites de pagos normales para un servicio o procedimiento médico específico en un área geográfica determinada).
- Si un médico cobra más que el promedio, el miembro del plan tiene que pagar la diferencia.

Planes del mercado de seguros médicos. El propósito de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (también conocida como Ley de Atención Médica Asequible o “reforma de la atención médica”) es ayudar a las personas a obtener atención médica de calidad a un costo razonable. Esta ley ofrece asistencia de dos maneras:

- Crea opciones nuevas para tener acceso a la cobertura del seguro médico.
- Crea protecciones nuevas para los consumidores de la atención médica.

Su seguro médico tal vez no haya cambiado en 2014, en especial si tiene un seguro médico a través de su empleador o de Medicare. Sin embargo, algunas opciones nuevas estarán disponibles.

Las personas individuales y las pequeñas empresas (de menos de 50 empleados) podrán contratar cobertura de seguro médico a través de los mercados de seguros médicos estatales. Estos mercados son similares a un centro comercial donde se vende cobertura de seguro médico.

A fin de poder vender pólizas a través de los mercados, las compañías aseguradoras deben:

- Proveer un nivel mínimo de beneficios médicos esenciales
- Poner un límite a los gastos que los miembros tienen que pagar de su propio bolsillo (\$6,350 para una persona y \$12,700 para una familia)
- Ofrecer cinco niveles de planes estandarizados (bronce, plata, oro, platino y catastrófico), con diferentes niveles de gastos compartidos, para que le resulte más sencillo determinar qué plan le resulta mejor

Las personas con ingresos de hasta el 400% del nivel de pobreza federal recibirán ayuda para pagar por la cobertura de seguro médico a través de créditos fiscales para las primas y subsidios para los gastos compartidos.

Para obtener más información sobre los mercados de seguros médicos, visite www.cuidadodesalud.gov, haga clic en la opción correspondiente de “Individuos y Familias” o “Pequeñas Empresas” y luego seleccione su estado.

COBRA. Los sobrevivientes de cáncer que pierdan, abandonen o cambien sus empleos, o superen la edad permitida para seguir en el plan de seguro médico de sus padres, tal vez reúnan los requisitos para permanecer en el plan de su empleador según la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación del seguro médico a través de COBRA:

- Es una ley federal.
- Requiere que algunas empresas, con 20 empleados o más, ofrezcan cobertura continua de seguro médico a los empleados y sus dependientes cubiertos durante un período de 18 a 36 meses después del último día de su empleo con la compañía. Visite www.dol.gov/COBRA (en inglés) para obtener información acerca de cómo extender su cobertura después de los 18 meses. Se puede acceder a información sobre COBRA en español en www.dol.gov/ebsa/publications/cobraemployeesp.html.
- Requiere que las personas paguen toda la prima (incluso la parte que el empleador pagaba previamente en su nombre).
- Tal vez no sea la opción más económica, pero proporcionará continuación de la cobertura.

Es posible que haya opciones más económicas disponibles a través de los planes del mercado de seguros médicos estatales. Tenga en cuenta que muchos estados tienen una versión estatal de la ley COBRA que proporciona cobertura a los empleadores más pequeños.

Los sobrevivientes de cáncer que no reúnen los requisitos para recibir cobertura a través de COBRA, y/o aquellos que estén buscando trabajo, tal vez deseen considerar buscar empleo en una empresa más grande que ofrezca un plan de seguro médico como beneficio del empleo. Para obtener más información acerca de COBRA, incluyendo una lista de los factores relacionados con los requisitos de esta ley para los empleados, sus cónyuges e hijos dependientes, visite www.dol.gov/ebsa y haga clic en “Comuníquese con EBSA”).

Medicaid. Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y sus familias con ingresos y bienes limitados. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid, con sus propias reglas en cuanto a los requisitos para poder inscribirse en el programa y la cobertura. Visite www.medicaid.gov; en la parte superior derecha de la página principal, bajo “Medicaid Moving Forward”, se puede seleccionar entre estados en el menú desplegable y después hacer clic en “view state” para ver un resumen del plan de Medicaid en ese estado.

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ofrece a los estados la opción de ampliar sus programas de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos de hasta el 138% del nivel de pobreza federal (en 2014, \$15,856 por año para una persona individual o \$32,499 por año para una familia de 4 personas). Sólo algunos estados han elegido ampliar sus programas de Medicaid. Para

obtener más información sobre Medicaid, visite www.cuidadodesalud.gov o www.Medicaid.gov (en inglés).

Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños El Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (S-CHIP, por sus siglas en inglés) ofrece cobertura médica, sin costo o subvencionada, a los niños que reúnen los requisitos. En muchos estados, este programa forma parte de Medicaid. La mayoría de los estados cubren a los niños de familias con ingresos de hasta el 200 por ciento del nivel de pobreza federal. Llame al (877) 543-7669 o visite espanol.insurekidsnow.gov para obtener más información.

Medicare. Medicare ofrece cobertura de salud para personas de 65 años de edad en adelante, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades (según lo definido por la Administración del Seguro Social) y todas las personas con una enfermedad renal en estado terminal que necesiten diálisis renal. Medicare ofrece cobertura médica básica y se divide en las siguientes partes o beneficios:

- La Parte A (seguro hospitalario) ayuda a pagar por la atención a pacientes hospitalizados, atención médica domiciliaria en algunos casos, servicios en un centro de enfermería especializada, atención en un hospital psiquiátrico y atención paliativa para pacientes terminales (“hospice care” en inglés).
- La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar por los servicios médicos, consultas médicas, pruebas de laboratorio, terapia para pacientes ambulatorios y otros servicios profesionales, así como algunos servicios preventivos.
- La Parte C (Plan Medicare Advantage):
 - Es similar a los planes privados (vea la página 15).
 - Está aprobado por Medicare y es administrado por compañías privadas que le proporcionarán toda la cobertura de las partes A y B.
 - Generalmente incluye la cobertura de Medicare (Parte D) para medicamentos recetados.
 - Puede ofrecer cobertura adicional, como cobertura para el cuidado de la visión, la audición, atención dental y/o programas de bienestar y salud.
 - Debe seguir las reglas establecidas por Medicare.
 - Los diferentes planes de Medicare Advantage pueden incluir diferentes gastos que el beneficiario tiene que pagar de su propio bolsillo y tener reglas diferentes en cuanto a cómo obtener servicios (por ejemplo, si se necesita una remisión para consultar a un especialista, o si se puede consultar únicamente a ciertos médicos, centros o proveedores del plan para las necesidades de atención médica que no sean de emergencia ni de urgencia).

- Las reglas de los planes individuales pueden cambiar cada año.
- La Parte D (cobertura de medicamentos recetados):
 - Ofrece cobertura tanto para medicamentos recetados de marca comercial como genéricos.
 - Los pacientes pueden elegir e inscribirse en un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) independiente, o en el plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés).
 - Los pacientes pagan una prima mensual que varía según el plan, y deben pagar un deducible anual.
 - Se aplican coseguros o copagos.
 - Los beneficiarios con bajos ingresos y recursos limitados pueden recibir asistencia para las primas, los deducibles y los copagos asociados con los beneficios de medicamentos. Se puede obtener más información sobre este programa de ayuda para personas con necesidades económicas en www.cms.gov/limitedincomeandresources (en inglés).
 - Se está eliminando un aspecto de Medicare que limita la cobertura de medicamentos y hace que los pacientes paguen ciertos gastos de su propio bolsillo (este intervalo sin cobertura se denomina a veces agujero de rosquilla o “donut hole” en inglés). La Ley del Cuidado de Salud a Bajo precio reducirá gradualmente el monto que los pacientes pagan por todos sus medicamentos recetados una vez que alcancen el intervalo sin cobertura. Llame al (800) MEDICARE ([800] 633-4227) o visite es.medicare.gov.

Beneficios para veteranos. Los beneficios para veteranos ofrecen atención médica integral y otros beneficios para veteranos y dependientes de los miembros activos, así como jubilados y fallecidos, del servicio militar. TRICARE es el programa de atención médica que atiende a los miembros activos y jubilados del servicio militar y sus familias. Para obtener información acerca de TRICARE, visite www.tricare.mil (en inglés). Los veteranos de guerra expuestos al “agente naranja” mientras prestaban servicio en Vietnam o Corea, que tengan un diagnóstico que la Asociación para Veteranos reconozca como asociado al agente naranja, tal vez puedan obtener ayuda del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos. Para obtener más información, llame al Departamento de Asuntos de los Veteranos al (800) 749-8387 o visite www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange (en inglés). Para obtener información general acerca de la Asociación para Veteranos llame al (800) 827-1000 o visite www.va.gov (en inglés).

Cobertura de fondos comunes de alto riesgo. Las personas con cáncer también pueden comunicarse con la organización administradora de seguros de su estado para averiguar si tiene un plan de fondo común de alto riesgo (“high-risk pool en inglés”), un programa que ofrece cobertura médica a personas con problemas médicos preexistentes. Estos programas suelen tener requisitos estrictos y pueden ser más caros que otros planes de seguro médico. Algunos estados están descontinuoando la cobertura de alto riesgo debido a las opciones nuevas de seguros médicos creadas por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para obtener una lista completa de las coberturas de alto riesgo estatales, visite el sitio web de la Asociación Nacional de Planes Integrales de Seguro Médico a Nivel Estatal en www.NASCHIP.org (en inglés).

Denegación de cobertura de seguro médico

Si una compañía aseguradora deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, es posible que el paciente pueda hacer que la decisión se anule al presentar una apelación. Presentar todos los papeles requeridos y los documentos clave dentro de los plazos establecidos son elementos importantes para mejorar las posibilidades de una apelación exitosa. Los pacientes o sus defensores deben anotar:

- La fecha y hora de cada llamada realizada a la compañía de seguros
- El nombre, número de teléfono y extensión del representante de la compañía de seguros que se encargó de la llamada

Preguntas que puede hacerle al asegurador cuando está apelando una denegación de cobertura:

1. ¿Puede enviarme una copia de la carta de denegación?
2. ¿Cuál es el motivo específico de la denegación de la reclamación al seguro? (Esta información debería incluirse en la carta de denegación).
3. ¿Puedo obtener una copia actualizada del documento del plan y del resumen del plan de beneficios y cobertura por Internet? Si no, ¿cómo puedo obtener una copia de esa información?
4. ¿Con quién puedo comunicarme en la compañía de seguros para hablar sobre la denegación? ¿Puede darme el número de teléfono directo de esa persona?
5. ¿Cómo puedo solicitar una revisión de la decisión por otro médico? (Una revisión de otro médico ofrece la posibilidad de que el médico del paciente analice el tratamiento del paciente en detalle con otros médicos que

usualmente están dentro de la misma área geográfica y ejercen la misma especialidad médica).

6. ¿Podré hablar con alguna otra persona si tengo preguntas sobre el proceso de apelación?
7. Si un medicamento en particular no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan de medicamentos recetados (lo que se llama “formulary” en inglés), ¿existe un proceso por el cual se pueda solicitar una excepción? ¿Mi médico puede obtener la aprobación presentando una carta que explique la necesidad médica del medicamento en mi caso?

Si la compañía sigue denegando su reclamación al seguro y usted cree que la decisión es incorrecta, busque un proceso de apelación externa y obtenga ayuda de la agencia correspondiente de su estado, un trabajador social o un abogado. Vea la página 34 para obtener información sobre las organizaciones que pueden ofrecer ayuda.

Ayuda económica

Puede obtener ayuda económica para sus gastos relacionados con el tratamiento de varias maneras. Algunas organizaciones también lo pueden ayudar con los costos de transporte, de vivienda o de sus recetas médicas. Es importante trabajar en colaboración con el departamento de servicios financieros en su centro de tratamiento para obtener el máximo reembolso posible de la compañía de seguros.

A continuación se ofrecen algunas estrategias para obtener el pago de sus gastos para el tratamiento:

- Negocie con los profesionales médicos para reducir o exentar los honorarios médicos o ajustar las fechas de los pagos en casos de dificultad económica.
- Solicite becas y ayuda económica de empleadores, sindicatos, agencias de servicio comunitario, grupos religiosos y fraternales u organizaciones que ofrecen apoyo a pacientes con cáncer, tales como LLS.
- Forme un comité de voluntarios para realizar eventos de recaudación de fondos, ventas, rifas, colecta de donaciones o campañas de redacción de cartas y publicitarias. Tal vez quiera usar el sitio web www.giveforward.com (en inglés) para organizarlo.
- Liquide los beneficios de su póliza de seguro de vida a través de préstamos, contratos de viáticos (“viatical settlements” en inglés, que consisten en vender una póliza de seguro de vida con descuento a alguien que obtendrá el valor nominal cuando muera el titular de la póliza) o beneficios acelerados, que pueden proveer pagos en efectivo a titulares de pólizas que estén

gravemente enfermos. Asegúrese de consultar sobre una estrategia como esta con un asesor financiero antes de implementarla.

Ayuda económica de LLS. LLS tiene recursos para los pacientes que necesitan ayuda económica.

- El Programa de Asistencia para Copagos de LLS ayuda a los pacientes con ciertos diagnósticos de cáncer de la sangre que reúnen los requisitos a pagar los copagos del tratamiento y otros gastos relacionados con el seguro médico. Para obtener más información, llame al (877) 557-2672 o visite www.LLS.org/copagos para presentar una solicitud.
- LLS forma parte de la Coalición de Ayuda Económica para Pacientes con Cáncer (C-FAC, por sus siglas en inglés) que promueve la comunicación y colaboración entre sus organizaciones miembros, las cuales han unido sus fuerzas para cumplir las necesidades de los pacientes con cáncer. Este grupo ofrece educación a los pacientes y proveedores acerca de los recursos y aboga por los derechos de los pacientes con cáncer que enfrentan las cargas financieras de la atención médica para el cáncer. Para utilizar este recurso, visite www.cancerfac.org (en inglés).

Los Especialistas en Información de LLS ofrecen información general sobre otras fuentes de ayuda económica. Para comunicarse con nuestros Especialistas en Información, llame al (800) 955-4572. Puede obtener más información acerca de los aspectos financieros de la atención médica en www.LLS.org/asuntoseconomicos.

Ayuda con los medicamentos recetados. Los planes de seguro médico tal vez no cubran el costo total del tratamiento para el cáncer, pero hay varios recursos que pueden ser útiles si busca ayuda para pagar por los medicamentos recetados.

Los pacientes que tienen cobertura para medicamentos recetados a veces descubren que la lista de medicamentos cubiertos por su plan no incluye algunos medicamentos que necesitan. Este documento (que se llama “formulary” en inglés):

- Es una lista de medicamentos recetados que han sido aprobados por un estado, plan de salud u hospital.
- Típicamente incluye procesos que permiten el acceso a medicamentos que no aparecen en dicha lista cuando se documentan como necesarios por razones médicas. El patrocinador de un plan debe tener un proceso de excepciones para estas situaciones, y las negaciones de las excepciones deben someterse a un proceso de apelación (vea la sección *Denegación de cobertura de seguro médico* en la página 21).

Las personas que no tienen un seguro adecuado que cubra el costo de los medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer tal vez deseen explorar estas opciones:

- Los grandes fabricantes farmacéuticos ofrecen ayuda a los pacientes o programas de asistencia para los medicamentos recetados. Tanto los pacientes con seguro médico como los que no lo tienen tal vez puedan recibir medicamentos a costo reducido o sin costo de estas compañías farmacéuticas. Comuníquese con la organización RxAssist a través del sitio web en www.rxassist.org (en inglés) para obtener una lista actualizada de los programas que ofrecen asistencia con los medicamentos recetados para pacientes.
- La Asociación Nacional de Condados (www.naco.org, en inglés) y varios programas estatales también ofrecen opciones para reducir los costos de los medicamentos.
- Los programas y las fundaciones de asistencia para copagos ayudan a pagar por las primas de los planes de seguro para medicamentos recetados o las obligaciones de copago.

Comuníquese con los Especialistas en Información de LLS acerca del Programa de Asistencia para Copagos de LLS u otros programas de asistencia para copagos.

Recursos para los trasplantes de células madre. El trasplante de células madre es costoso y puede que no esté totalmente cubierto por el seguro médico. Además del costo del tratamiento, los pacientes pueden tener gastos considerables de transporte, alojamiento, comidas, llamadas telefónicas, cuidado de niños, pruebas médicas necesarias para el donante y atención de seguimiento. Los pacientes y sus cuidadores tal vez necesiten usar múltiples estrategias para obtener fondos suficientes para cubrir estos costos.

Las organizaciones que aparecen en la página 34 ofrecen información, apoyo, servicios de ayuda económica y defensa de los pacientes candidatos a trasplantes, los receptores y sus familias. LLS también cuenta con un directorio de recursos con listas de organizaciones que ofrecen ayuda a los pacientes que reciben trasplantes de células madre. Para obtener más información, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Protecciones federales de empleo

Estos programas pueden ser de ayuda para los pacientes que reúnen los requisitos, así como a sus familias y cuidadores, en cuanto al tiempo que deban tomarse del trabajo y las adaptaciones razonables que puedan ser necesarias en

el lugar de trabajo. (Nota: los empleados federales que reúnen los requisitos tienen acceso a protecciones similares según la Ley de Rehabilitación de 1973).

Ley para Estadounidenses con Discapacidades. La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) es una extensa ley federal de derechos civiles que prohíbe la discriminación por discapacidades.

Esta ley garantiza la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades en:

- El trabajo
- Los lugares públicos
- El transporte
- Los servicios gubernamentales estatales y locales
- Las telecomunicaciones

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades define como discapacidad:

- Un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida (p. ej., respirar, hablar, concentrarse, pensar, dormir o las principales funciones corporales)
- Tener un registro oficial de dicha discapacidad
- Que otros lo consideren discapacitado

Para obtener más información acerca de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, visite www.eeoc.gov/spanish o llame gratis al (800) 669-4000. Las personas con discapacidades también pueden estar protegidas por las leyes de antidiscriminación del estado, que en algunos casos ofrecen mayor protección que las leyes federales. Para obtener más información sobre sus derechos bajo las leyes estatales, visite www.dol.gov/dol/location.htm (en inglés). Para obtener más información acerca de las adaptaciones razonables, visite askjan.org/espanol/index.htm o llame gratis al (800) 526-7234.

Ley de Ausencia Familiar y Médica. La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) permite a los empleados que reúnen los requisitos (que hayan trabajado al menos 1,250 horas en los 12 meses previos y trabajan para una compañía privada que tiene 50 empleados o más) el derecho a ausencias del trabajo por motivos familiares y médicos específicos sin goce de sueldo y con protección de su puesto de trabajo. El empleado continuaría recibiendo su cobertura de seguro médico grupal según los mismos términos y condiciones como si no se hubiera tenido la ausencia del trabajo.

Los empleados que reúnen los requisitos tienen derecho a:

- Doce semanas laborales de ausencia en un período de 12 meses para el tratamiento de un problema médico serio,
 - ya sea si el empleado padece el problema personalmente o
 - lo padece su cónyuge, hijo, padre o madre
- Veintiséis semanas laborales de ausencia en un período de 12 meses para cuidar de un miembro cubierto del servicio militar que haya sufrido una lesión o enfermedad grave, que sea el cónyuge, hijo, padre/madre o el pariente más cercano del empleado (ausencia para cuidadores de los miembros del servicio militar)

Existen tres tipos de ausencias autorizados por la Ley de Ausencia Familiar y Médica:

- Ausencia continua: Un empleado se ausenta durante más de tres días laborales consecutivos y ha recibido tratamiento por parte de un médico.
- Ausencia intermitente: Un empleado se toma tiempo en períodos cortos debido a un problema médico grave que cumple con los requisitos de la Ley de Ausencia Familiar y Médica. La ausencia intermitente permite varias ausencias que tienen una duración de horas, días o semanas. La ausencia intermitente a menudo se utiliza cuando el empleado necesita recibir tratamiento continuo o consultas de seguimiento para su problema médico.
- Horario reducido: Un empleado necesita reducir la cantidad de horas que trabaja por día o por semana, con frecuencia para cuidar de un familiar o para reducir su nivel de fatiga o estrés.

Para obtener más información sobre este programa, visite el sitio web del Departamento de Trabajo en www.dol.gov/whd/fmla (en inglés) o llame gratis al (866) 487-9243.

Nuestros Especialistas en Información pueden proporcionar a los pacientes más información acerca de estos programas y recomendarles opciones de organizaciones apropiadas para obtener más asistencia. Para localizar otras organizaciones en nuestro sitio web que puedan ser de ayuda, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Opciones de seguros por discapacidad

El seguro por discapacidad reemplaza los ingresos de las personas cuyos problemas médicos no les permiten trabajar por un periodo de tiempo

o permanentemente. Hay diferentes tipos de seguro por discapacidad. Existen planes privados de seguro por discapacidad que se pueden adquirir directamente de una compañía aseguradora o que tal vez estén disponibles a través de un empleador. Algunos estados (CA, HI, NJ, NY, RI) y Puerto Rico tienen programas de seguro por discapacidad a corto plazo. También hay dos programas federales que ofrecen asistencia a largo plazo para personas con discapacidades: Seguro por Incapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario.

Seguro por Incapacidad del Seguro Social. El programa de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) reemplaza los ingresos de las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad. Llame al (800) 772-1213 o visite www.ssa.gov/espanol para obtener más información.

- Provisiones compasivas. La Administración del Seguro Social ofrece un proceso de solicitud expeditivo a los solicitantes que tienen ciertos problemas médicos serios y que cumplen con los criterios de discapacidad de la Administración del Seguro Social. La Administración de Seguro Social ha identificado una lista de estas enfermedades y problemas médicos. Para obtener más información, visite www.ssa.gov/compassionateallowances (en inglés) o llame al (800) 772-1213.

Seguridad de Ingreso Suplementario. El programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) ofrece un beneficio mensual en efectivo a personas de bajos ingresos que son discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Llame al (800) 772-1213 o visite www.ssa.gov/espanol para obtener más información.

Defensa del paciente

Abogar por sus derechos o los de un ser querido con cáncer es algo muy importante. La defensa del paciente implica hablar o escribir en apoyo de una causa. Puede que también esté interesado en abogar por políticas que puedan proporcionar beneficios y protecciones adicionales, o que promuevan un progreso más rápido hacia la cura del cáncer de la sangre. Para obtener más información sobre las maneras en que puede abogar por cambios en las políticas a nivel estatal y federal, comuníquese con el programa de defensa del paciente de LLS escribiendo un correo electrónico a advocacy@lls.org o visitando www.LLS.org/abogar.

Hable sobre los asuntos financieros y del seguro. Hable con su equipo de profesionales médicos acerca de:

- La cobertura del seguro médico

- La capacidad de pagar los gastos del tratamiento para el cáncer de su propio bolsillo

Puede que se sienta incómodo al compartir información sobre sus finanzas personales con su equipo de profesionales médicos. Es importante que comparta esta información y que haga preguntas, de manera que se puedan resolver sus preocupaciones en cuanto a las finanzas. Es importante limitar el estrés y asegurarse de que pueda recibir sus tratamientos, medicamentos recetados o servicios de apoyo.

- Hable sobre sus opciones de pago con su equipo de profesionales médicos o el departamento de servicios financieros.
- Hable con su médico sobre el costo de los medicamentos recetados.
- Pregunte sobre los programas de asistencia para los medicamentos recetados (vea la página 23).
- Pida que lo remitan a un trabajador social, navegador o coordinador de casos.
- Pregunte a su compañía aseguradora si su medicamento está cubierto en su lista de medicamentos aprobados.
- Pregunte a su médico si hay un equivalente genérico del medicamento que toma, y si se lo recetará.
- Hable con los miembros de su equipo de profesionales médicos para pedir que revisen los medicamentos que usted toma, a fin de determinar si tal vez toma medicamentos que no sean esenciales.
- Si trabaja, pida a su equipo de profesionales médicos que programe sus tratamientos tomando en cuenta su horario laboral, y planee seguir trabajando durante el tratamiento.
- Hable con su equipo de profesionales médicos sobre su decisión de divulgar su diagnóstico en el trabajo, o de no hacerlo, especialmente antes de pedirles que completen la documentación relacionada con ausencias por motivos médicos, adaptaciones razonables o una discapacidad.

Hable con un trabajador social o coordinador de casos que pueda:

- Ayudarlo a entender mejor la cobertura del seguro médico
- Ayudarlo a presentar las reclamaciones al seguro médico
- Recomendarle programas de asistencia
- Ofrecerle orientación sobre cómo presentar toda la documentación requerida por Medicare o Medicaid

- Ponerlo en contacto con organizaciones que ayudan con los gastos de vivienda, por ejemplo, a través de la sección sobre viviendas y comunidades del sitio web del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés) en www.hud.gov (haga clic en “Información en Español”)

Busque un defensor. Busque la ayuda de alguien (su padre o madre, hijo, amigo, familiar, socio, etc.) que pueda ayudarlo a organizarse para pagar sus facturas a tiempo, manejar la comunicación y trámites relacionados con la compañía de seguros y gestionar otros asuntos relacionados con las finanzas.

Su defensor debe ser:

- Organizado
- Responsable
- Confiable

Un defensor puede ayudarlo a manejar los aspectos económicos de la atención médica y a la vez ofrecerle apoyo emocional. Para obtener más información sobre cómo enfrentarse al cáncer, consulte el librito gratuito de LLS titulado *Cada Día Nuevo: Consejos para sobrellevar el cáncer de la sangre* en www.LLS.org/materiales, o comuníquese con nuestros Especialistas en Información para obtener una copia.

Lo que pueden hacer los familiares y amigos. Si tiene familiares y/o amigos confiables y responsables que pueden llevar a cabo algunas cosas para usted, pídale ayuda a ellos. Los familiares y amigos pueden:

- Organizar esfuerzos de recaudación de fondos
- Establecer un sistema de registro para dar seguimiento a las facturas y reclamaciones al seguro que han sido presentadas, pagadas o que están pendientes
- Llamar a agencias públicas y privadas en cuanto a los requisitos para recibir ayuda económica, participar en programas de ayuda social y otros beneficios y servicios
- Reunir documentos para respaldar las reclamaciones al seguro y las apelaciones en casos de denegaciones, y hacer el seguimiento necesario con la compañía de seguros

Cuidado de dependientes. Puede que necesite iniciar el tratamiento de inmediato. Esto puede ser abrumador y resulta difícil permanecer organizado. Tal vez quiera recordar hacer planes para:

- Conseguir transporte para los niños, a la escuela y las demás actividades

- Conseguir transporte para acudir a las citas de los tratamientos y para regresar de las mismas
- Decidir quién va a preparar las comidas y a hacer las compras de comestibles
- Decidir quién va a mantener al tanto a los amigos y familiares acerca del avance del tratamiento
- Decidir quién va a cuidar de los niños o de los padres de edad avanzada

Podría ser útil para usted:

- Usar programas por Internet, tal como www.lotsahelpinghands.org (en inglés), para recibir la ayuda de amigos y familiares
- Hablar con otros pacientes en el centro de tratamiento para obtener ideas sobre cómo manejar las responsabilidades
- Preparar una lista de su red de apoyo, que incluya a amigos, familiares, miembros de la iglesia y voluntarios que puedan ayudarlo regularmente o en casos de emergencia
- Conversar con otras personas por Internet en los foros de comunicación de LLS en www.LLS.org/discussionboard (en inglés) o en las salas de conversación (chats) de LLS en www.LLS.org/chat (en inglés)
- Trabajar con agencias locales para encontrar formas de ayudar al resto de la familia
- Llevar un cuaderno con la información de contacto de los médicos y del seguro, las facturas médicas, información sobre una discapacidad, etc.

Es difícil creer que tenga que vivir así por un tiempo. Algunas cosas que podrían ser difíciles de hacer pero que reducirán el estrés son:

- Relajar un poco los estándares, por ejemplo aceptar:
 - Una casa más desordenada
 - Que haya menos comidas preparadas en el hogar
 - Una expectativa de menos o de cosas diferentes por parte de un cónyuge, sus hijos o sus padres
- Mantener a sus dependientes informados acerca de su estado y sus progresos
- Mantener a sus dependientes informados sobre las citas para el tratamiento o las consultas médicas
- Escribir todo en un calendario de pared; cuando todos conocen el horario, hay menos frustración

Lo que pueden hacer los profesionales. Los profesionales que forman parte del personal de las organizaciones nacionales que apoyan a las personas con cáncer pueden ayudar a los pacientes a aprender a abogar por sí mismos de manera más eficaz. Pueden ofrecer asesoramiento experto en cuanto a:

- Preservar los bienes
- Reducir las deudas
- Tener acceso a recursos comunitarios
- Manejar asuntos de empleo
- Minimizar los problemas del seguro
- Usar recursos legales, siempre y cuando sea necesario

Nuestros Especialistas en Información pueden ofrecer asesoramiento experto y/o ayudarlo a encontrar otras organizaciones para obtener asistencia. Para comunicarse con nuestros Especialistas en Información, llame al número de llamada gratuita al (800) 955-4572.

Listas de verificación sobre los asuntos económicos

A continuación le ofrecemos listas de verificación que pueden ayudarlo a pensar en muchos de los aspectos económicos que surgen después de recibir un diagnóstico de cáncer de la sangre. Utilice estas listas para llevar un registro de las preguntas que quiere hacer a su equipo de profesionales médicos y a los profesionales financieros. Mantenerse organizado puede ayudar a reducir muchos factores de estrés financiero y permitirle concentrarse en sentirse mejor.

Parte 1: Preparación para los gastos

- He pensado en los gastos médicos que voy a tener.
- He tomado en cuenta el impacto del tratamiento y de la recuperación sobre el ingreso familiar.
- He tomado en cuenta los gastos adicionales relacionados con el tratamiento y la recuperación, tales como el transporte y el cuidado de niños.
- He pensado en reducir o eliminar los gastos no esenciales.
- He investigado las opciones de seguros por discapacidad, si son necesarias durante mi tratamiento y recuperación.

- He verificado si tengo seguro que ayude a cubrir los pagos de hipoteca inmobiliaria o de automóvil durante el tratamiento para mi enfermedad.
- He evaluado las opciones en cuanto a préstamos de seguros de vida y otros programas para ayudar a cubrir los gastos.
- Sé que debo hablar con los acreedores con anticipación si voy a tener dificultades para realizar mis pagos.
- He revisado los beneficios ofrecidos por mi empleador con respecto a las discapacidades, vacaciones y cobertura de COBRA (y tengo una copia de la información).
- Tengo información sobre mis derechos como empleado.

Parte 2: Organización

- Tengo un defensor (uno de mis familiares, un amigo u otra persona de confianza) que me puede ayudar a organizarme y mantenerme organizado.
- Conozco los nombres de mis médicos/enfermeros/trabajadores sociales y sé cómo ponerme en contacto con ellos.
- Guardo y organizo todos mis registros médicos y copias de los resultados de mis pruebas médicas.
- Sé la información y los documentos que tengo que guardar con fines de impuestos.
- He llevado un registro de todas las personas con las que he hablado y cuándo hablé con ellas en cuanto a mis preocupaciones de seguros, preguntas sobre pagos u otros detalles acerca de mis registros médicos.

Parte 3: Beneficios del tratamiento

- Sé cómo voy a pagar por el tratamiento.
- Si no tengo seguro médico, voy a informarme acerca de los posibles recursos disponibles en www.cuidadodesalud.gov.
- Si hay necesidades médicas que mi seguro médico no cubre, voy a averiguar acerca de los posibles recursos disponibles.
- Sé los gastos de seguro médico que yo pago (copagos, coseguros, deducibles) cada mes/año y la cantidad máxima de gastos de mi plan que yo tengo que pagar de mi propio bolsillo.
- Tengo una copia, o sé dónde obtener una copia, de mi plan de seguro o del resumen del plan de beneficios y cobertura.

- Conozco los beneficios oncológicos de mi plan de seguro médico, y qué tratamientos y cargos están cubiertos, parcialmente cubiertos y no cubiertos.
- Sé cuándo necesito una remisión (un permiso) de mi médico para consultar a un especialista.
- Sé que los servicios de mi médico de cabecera están cubiertos por mi seguro médico.
- He preguntado a mi compañía de seguros acerca de la cobertura para recibir una segunda opinión.
- Sé cuáles consultas/procedimientos de mi médico/especialista están cubiertos por mi seguro médico.
- Tengo una línea de tiempo para mi tratamiento.

Parte 4: Autorizaciones del tratamiento

- Sé cuándo tengo que llamar a la compañía de seguros para obtener una autorización/certificación previa.
- Sé por qué se está realizando el procedimiento.
- Cuento con una autorización/certificación previa para recibir el tratamiento (si es necesario).
- Sé el período de tiempo en que el procedimiento/tratamiento debe ser realizado antes de que se venza la autorización/certificación previa.
- Tengo un coordinador de casos en la compañía de seguros con quien puedo hablar directamente si tengo una preocupación.
- He hablado acerca de las opciones de pago con el personal del consultorio de mi médico y/o el departamento de facturación del hospital.
- Sé que puedo presentar una apelación ante la compañía de seguros si se niega un tratamiento/procedimiento, y puedo obtener ayuda externa si es necesario.

Parte 5: Medicamentos

- Conozco lo que cubre mi plan de medicamentos recetados y sé cómo averiguar si un medicamento está cubierto o no.
- Los medicamentos que me han recetado están cubiertos por mi plan de medicamentos recetados.
- Sé si tengo un beneficio de farmacia que cubre el servicio de pedidos de medicamentos por correo.

- He preguntado acerca de los programas que ofrecen asistencia con el acceso a medicamentos y los copagos y para los que reúno los requisitos.
- He preguntado a mi médico si hay disponible equivalentes genéricos de los medicamentos que tomo y, en este caso, si puede recetarme los medicamentos genéricos para ahorrar dinero.
- Solicitaré una excepción si un medicamento recetado no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos (“formulary” en inglés) de mi plan de seguro médico.
- Si tengo cobertura de Medicare, sé cuándo reúno los requisitos para cambiar mi plan de medicamentos recetados (la Parte D) para cumplir con mis necesidades cambiantes de medicamentos.

Recursos

Llame a nuestros Especialistas en Información de LLS al (800) 955-4572 o visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés) para encontrar más organizaciones que puedan ayudar.

Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (Partnership for Prescription Assistance o PPA) **(888) 477-2669 • www.pparx.org/es**

La Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados utiliza los recursos de las compañías farmacéuticas, los médicos, otros profesionales médicos, grupos comunitarios y organizaciones para la defensa del paciente a fin de ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos (que no tienen cobertura de medicamentos recetados) a obtener los medicamentos que necesitan sin costo, o a un costo mínimo. La alianza ofrece acceso a varios programas de asistencia públicos y privados, incluidos los programas ofrecidos por compañías farmacéuticas.

CancerCare **(800) 813-4673) • www.cancercarespanol.org**

Esta organización nacional sin fines de lucro ofrece servicios, apoyo, información y ayuda práctica sin costo a cualquier persona afectada por el cáncer, incluyendo las personas con cáncer. La organización ofrece orientación sobre asuntos de las finanzas y ayuda económica para algunos tipos de gastos.

Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) **(800) 333-4114 • www.medicarerights.org (en inglés)**

El Centro de Derechos de Medicare trabaja para asegurar el acceso a atención médica asequible para adultos mayores y personas con discapacidades, a través de la asesoría y la defensa del paciente, programas educativos e iniciativas de políticas públicas.

Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales (National Conference of State Legislatures o NCSL)

www.ncsl.org/research/health/insurance-coverage-for-infertility-laws.aspx

(en inglés)

La misión de la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales es mejorar la calidad y eficacia de las legislaturas estatales, promover la innovación de las políticas y la comunicación entre las legislaturas estatales, y asegurar que las legislaturas estatales tengan una voz fuerte y cohesiva en el sistema federal.

Esta página web ofrece información sobre las leyes estatales relacionadas con la cobertura de seguros médicos para el tratamiento de la infertilidad.

CuidadoDeSalud.gov

www.cuidadodesalud.gov

Este sitio web del gobierno incluye información acerca de los cambios en la atención médica debidos a la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010. Ofrece información sobre: cómo encontrar opciones de seguros en su estado; cómo comparar la calidad de la atención médica en diferentes hospitales, organizaciones de atención médica domiciliaria y centros de atención residencial para adultos mayores (“nursing homes” en inglés); un resumen de la ley; las opciones de atención médica para diferentes grupos de personas, como familias con hijos, personas individuales, personas con discapacidades, adultos mayores, adultos jóvenes y empleadores.

Fertile Action

www.fertileaction.org (en inglés)

Fertile Action (que significa medidas en pos de la fertilidad) fue establecido para ayudar a las mujeres afectadas por el cáncer a convertirse en madres a través de la educación, la defensa y la ayuda económica para la preservación de la fertilidad, la donación de esperma, la donación de óvulos, la maternidad subrogada (el alquiler de útero) y el almacenamiento a largo plazo de esperma, ovocitos y embriones.

Fertile Hope

(855) 220-7777 • www.fertilehope.org (en inglés)

Fertile Hope (que significa esperanza para la fertilidad) es una iniciativa nacional de la Fundación LIVESTRONG dedicada a ofrecer información sobre la salud reproductiva, apoyo y esperanza a los pacientes con cáncer y sobrevivientes cuyos tratamientos médicos conllevan el riesgo de infertilidad.

Fundación Defensora del Paciente (Patient Advocate Foundation o PAF)

(800) 532-5274 • www.patientadvocate.org (haga clic donde dice “En Español”)

La Fundación Defensora del Paciente hace uso de la experiencia de coordinadores de casos, abogados y médicos que trabajan con pacientes, sus aseguradores, los empleados y los acreedores para resolver problemas

relacionados con los seguros, asuntos de discriminación laboral y crisis por deudas. Su sitio web ofrece un directorio completo de los recursos de ayuda económica disponibles en cada estado para viviendas, los servicios residenciales de agua, electricidad y gas, alimentos, transportes, tratamiento médico y necesidades de los niños. En el sitio web puede encontrar un directorio nacional de recursos para personas con cobertura de seguro insuficiente, que tiene como objetivo ayudar a personas con cobertura insuficiente de seguro médico y a sus familias a ubicar valiosos recursos y buscar opciones de cobertura alternativa o métodos para obtener un mejor reembolso (www.patientadvocate.org/help4u.php, en inglés). También se encuentra disponible en el sitio web, bajo “PAF Publications”, la publicación titulada “Your Guide to the Appeals Process”, una guía paso a paso para apelar la denegación de una reclamación al seguro médico (en inglés). Su programa de asistencia para copagos ofrece ayuda económica a las personas que reúnen los requisitos. Llame al (866) 512-3861 o visite www.copays.org (en inglés) para obtener más información.

Fundación Nacional de Trasplantes (National Foundation for Transplants o NFT)

(800) 489-3863 • www.transplants.org (en inglés)

La Fundación Nacional de Trasplantes ofrece asistencia para actividades de recaudación, ayuda económica a través de la recaudación de fondos y subvenciones, y apoyo a los pacientes que reciben trasplantes en todo el país.

Fundación para la Educación sobre la Cobertura Médica (Foundation for Health Coverage Education o FHCE)

(800) 234-1317 • www.coverageforall.org (en inglés)

La Fundación para la Educación sobre la Cobertura Médica se encarga de informar a quienes llaman acerca de los seguros de bajo costo en el estado en que viven. Ha desarrollado una matriz personalizada para cada estado que detalla las opciones de seguros y ha proporcionado esta matriz a los profesionales de seguros de cada estado. La fundación ofrece información que se puede descargar por Internet acerca de las opciones de atención médica pública y privada de cada estado y ubica recursos y solicitudes para programas de cobertura médica por estado.

NeedyMeds

www.needy meds.com (haga clic donde dice “En español”)

NeedyMeds (que significa medicamentos necesitados) es una fuente central de información para las personas que no pueden costear los medicamentos u otros gastos de atención médica. En su sitio web se enumeran programas que ofrecen asistencia para enfermedades y problemas médicos específicos, asistencia para completar solicitudes, programas apoyados por el estado y centros de Medicaid.

Programa Estatal de Asistencia para los Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program o SHIP)

www.shiptalk.org (en inglés)

El personal del Programa Estatal de Asistencia para los Seguros Médicos puede responder a sus preguntas acerca de las pólizas de Medigap, los seguros de atención a largo plazo, las opciones de planes de salud de Medicare, los derechos y protecciones de Medicare, y también puede ayudarlo a presentar una apelación.

Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea (National Marrow Donor Program o NMDP)

(888) 999-6743 • www.marrows.org (en inglés; se ofrecen información y varias publicaciones en español en www.marrows.org/translated-materials/Spanish-materials)

El Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea se dedica a crear oportunidades para que todos los pacientes reciban el trasplante de médula ósea o sangre del cordón umbilical que necesitan. Brinda apoyo a pacientes y educación a los médicos y al público acerca de la donación a través de su registro de donantes de médula ósea.

Red de Información sobre el Trasplante de Sangre y Médula Ósea (Blood & Marrow Transplant Information Network [BMT InfoNet])

(888) 597-7674 • www.bmtinfonet.org (en inglés)

La Red de Información sobre el Trasplante de Sangre y Médula Ósea (BMT InfoNet, en inglés) se dedica a ofrecer apoyo emocional e información de alta calidad y de fácil comprensión sobre los trasplantes de médula ósea, de células madre de sangre periférica y de sangre de cordón umbilical a los pacientes, sobrevivientes y sus seres queridos.

Red Nacional de Servicios Legales Relacionados con el Cáncer (National Cancer Legal Services Network o NCLSN)

www.NCLSN.org (en inglés)

La Red Nacional de Servicios Legales Relacionados con el Cáncer es una coalición de más de 30 programas que ofrecen, sin costo, asistencia legal y recomendaciones de servicios legales a las personas que se enfrentan al cáncer.

Triage Cancer

www.triagecancer.org (en inglés)

Triage Cancer (que implica la coordinación de recursos para las personas con cáncer) es una organización nacional sin fines de lucro que ofrece educación y recursos sobre todos los asuntos relacionados con la supervivencia del cáncer a los sobrevivientes, cuidadores y profesionales médicos.

Notas

algún día es hoy



LEUKEMIA &
LYMPHOMA
SOCIETY®

fighting blood cancers

PIDA AYUDA A NUESTROS **ESPECIALISTAS EN INFORMACIÓN**

Los Especialistas en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) ofrecen a los pacientes, sus familias y los profesionales médicos la información más reciente sobre la leucemia, el linfoma y el mieloma.

Nuestro equipo está compuesto por profesionales de la oncología titulados a nivel de maestría que están disponibles por teléfono de lunes a viernes, de 9 a.m. a 9 p.m. (hora del Este).

Asistencia para copagos

El Programa de Asistencia para Copagos de LLS ayuda a los pacientes con cáncer de la sangre a cubrir el costo de las primas de los seguros médicos privados y públicos, entre ellos Medicare y Medicaid, y las obligaciones de los copagos. El apoyo para este programa se basa en la disponibilidad de fondos por tipo de enfermedad. **Para obtener más información, llame al 877.557.2672 o visite www.LLS.org/copagos.**

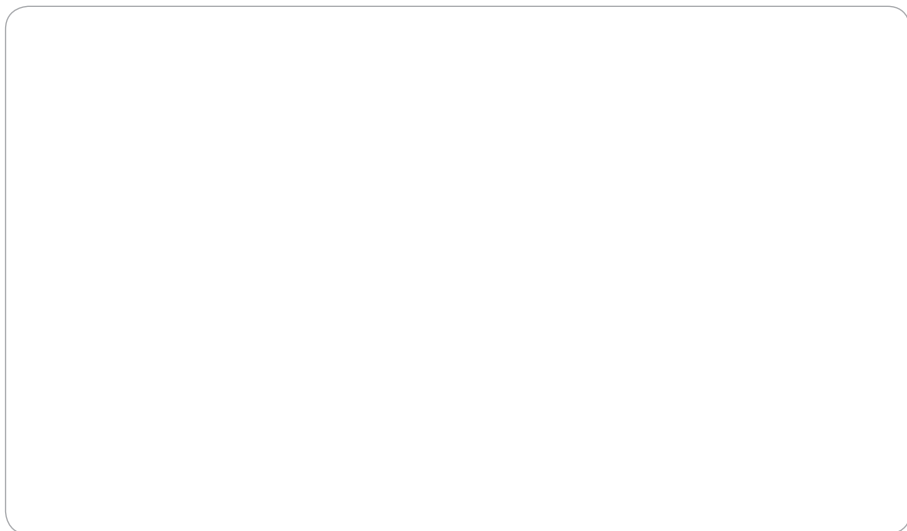


Para recibir un directorio completo de nuestros programas de servicios al paciente, comuníquese con nosotros al

800.955.4572 o en **www.LLS.org**

(Puede solicitar los servicios de un intérprete).

Para obtener más información, comuníquese con:



o con:

Oficina central

1311 Mamaroneck Avenue, Suite 310, White Plains, NY 10605

Comuníquese con nuestros Especialistas en Información al **800.955.4572** (*puede solicitar los servicios de un intérprete*)

www.LLS.org

Nuestra misión:

Curar la leucemia, el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el mieloma y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

LLS es una organización sin fines de lucro que depende de la generosidad de las contribuciones particulares, corporativas y de fundaciones para continuar con su misión.