

# 11

## ASUNTOS FINANCIEROS Y LEGALES



La gran cantidad de responsabilidades que implica cuidar a un niño con cáncer a menudo causa conflictos que afectan al cuidador en su trabajo. El trabajo es una necesidad financiera y una fuente importante de satisfacción personal. No obstante, a muchas personas que cuidan a un niño con cáncer les resulta difícil encontrar un equilibrio entre sus responsabilidades como cuidador y las del trabajo.

**Equilibrio con el trabajo.** Las condiciones de trabajo de cada persona son diferentes. Hable con su supervisor y consulte el manual del empleado u otras publicaciones del departamento de recursos humanos para estar al tanto de la política de la compañía en cuanto a los empleados que se encargan del cuidado de un ser querido que tiene una enfermedad grave.

- Acuda al departamento de recursos humanos o de personal y pida información sobre la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, en inglés). Si procede, pida que le envíen también una copia a su supervisor. Puede leer más sobre esta ley en la sección titulada **Ley de Ausencia Familiar y Médica para cuidadores** a continuación.
- Aproveche las políticas de tiempo flexible. Si no existe una política establecida al respecto, considere la posibilidad de pedir a la gerencia que le otorgue un horario flexible.
- Ofrézcase a trabajar un turno menos deseado, o esté dispuesto a compensar el tiempo que se ausenta para cumplir sus responsabilidades como cuidador trabajando los días o turnos que la mayoría de las personas prefieren no trabajar. La flexibilidad de su parte demostrará a su empleador su compromiso con la compañía y su trabajo.
- Considere la posibilidad del empleo compartido (job sharing, en inglés) o de trabajar a tiempo parcial, si es posible.
- Trate de no mezclar sus responsabilidades laborales con las que tiene como cuidador. Si tiene que hacer llamadas telefónicas o realizar una búsqueda de información por Internet respecto a las necesidades de su hijo, hágalo durante el almuerzo.
- Organícese para hacer buen uso de su tiempo. Cuando necesite ausentarse del trabajo para encargarse de sus responsabilidades como cuidador, establezca prioridades y lleve a cabo primero las más importantes. Dele las responsabilidades siempre que pueda. Mantenga un ritmo moderado; no se dedique tanto a una cosa que esto le impida ser eficaz en otra.
- Consiga todo el apoyo que pueda de parte de familiares, amigos y recursos comunitarios.
- La decisión de divulgar información o no a su empleador sobre una afección médica es una elección personal. Toda persona tiene derecho a mantener la información confidencial. En algunas ocasiones, es necesario compartir algo de información sobre una afección médica, pero no tiene que contarle todo, ni siquiera el diagnóstico específico. Visite <https://triagecancer.org/guía rápida divulgación> para obtener más información.

Tal vez encuentre que sus compañeros de trabajo lo tratan de manera diferente debido a que pasa menos tiempo en el lugar de trabajo. La decisión sobre cuánta información compartir con sus compañeros de trabajo también es suya. En la mayoría de los casos, sus compañeros de trabajo probablemente se mostrarán comprensivos. La mayoría de las personas conocen a alguien o tienen un ser querido que ha atravesado una situación parecida. Sin embargo, no sienta que está obligado a compartir detalles, excepto con su supervisor. Asegúrese de agradecer a las personas con quienes trabaja por su consideración y asistencia.

**Ley de Ausencia Familiar y Médica para cuidadores.** Para poder cuidar a su hijo, podría ser necesario tomarse licencia del trabajo por algún tiempo. Existen leyes que ayudan a proteger a los cuidadores en este tipo de situaciones.

**¿Qué es la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, en inglés)?** 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) pueden tomarse licencia sin sueldo, pero con protección del empleo, por motivos familiares y médicos específicos conforme a las estipulaciones de la FMLA. Los empleados seguirían recibiendo su cobertura de seguro médico grupal según los mismos términos y condiciones como si no se hubieran tomado licencia del trabajo.

La información contenida en esta sección está vigente a partir de junio de 2020.

Conforme a la FMLA, los empleados que reúnen los requisitos tienen derecho a:

- 12 semanas laborales de licencia en un período de 12 meses para atender a:
  - Su propia afección grave, si le impide cumplir con las funciones esenciales de su trabajo
  - Un cónyuge, hijo/a, padre o madre que tenga una afección grave
- 26 semanas laborales de licencia en un período de 12 meses para cuidar de un miembro cubierto del servicio militar que tiene una lesión o enfermedad grave, si el empleado que reúne los requisitos es el cónyuge, hijo/a, padre/madre o familiar más cercano del miembro del servicio militar (licencia para cuidadores de los miembros del servicio militar)

Nota: en febrero de 2015, la División de Salarios y Horas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos anunció una norma actualizada en la que se revisó la definición de "cónyuge" según la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) de 1993. Esta actualización modifica la definición de cónyuge para que los empleados que reúnan los requisitos y que estén legalmente casados con una persona del mismo sexo puedan tomarse licencia (conforme a la FMLA) para cuidar de su cónyuge o de un familiar, independientemente de dónde vivan.

Existen tres tipos de licencia conforme a la FMLA:

- Licencia continua, en la cual el empleado se ausenta durante más de 3 días laborales consecutivos y ha recibido tratamiento por parte de un médico.
- Licencia intermitente, en la cual el empleado se ausenta por períodos más cortos debido a una afección grave que cumple los criterios de las estipulaciones de la FMLA. La licencia intermitente (que puede consistir en incrementos de horas, días o semanas) suele utilizarse cuando el empleado necesita recibir tratamiento o acudir a consultas de seguimiento en forma continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual el empleado necesita reducir la cantidad de horas que trabaja por día o por semana, por lo general para cuidar de un familiar o para reducir su nivel de fatiga o estrés.

## CONSEJO:

Para acceder a más información sobre este programa, visite la página web del Departamento de Trabajo en [www.dol.gov/whd/fmla](http://www.dol.gov/whd/fmla) (en inglés) o llame al (866) 487-9243.



Comuníquese con un Especialista en Información de LLS al **(800) 955-4572** para obtener más información sobre la FMLA y para ser remitido a organizaciones adecuadas que pueden brindarle más asistencia.



Para obtener más información sobre el cáncer y las finanzas, visite [www.LLS.org/materiales](http://www.LLS.org/materiales) para consultar la publicación titulada ***El cáncer y sus finanzas***.

**Seguro médico.** Los planes de seguro médico ayudan a pagar los tratamientos médicos costosos y pueden proteger a las familias de las dificultades económicas. Hay diferentes tipos de programas de seguro médico privados y públicos.

La cobertura de un 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
- Medicare
- Otros programas del gobierno

Los nombres de estos programas pueden ser diferentes según el estado en que uno viva.

Cuando una persona cuenta con la cobertura de un seguro médico privado, sus hijos a menudo están inscritos como dependientes en un plan de seguro familiar (del cual uno de los padres es el titular). Por ejemplo, puede que usted o su cónyuge tenga, a través de un empleador, una póliza de seguro familiar que cubre a ambos cónyuges y a sus hijos.

Añadir un dependiente al plan de uno de los padres suele ser una opción menos costosa que conseguir un plan separado para un hijo. Si ambos padres tienen planes de seguro separados, el hijo puede contar con la cobertura de ambos planes. Se usarán primero los beneficios de un plan, y el otro plan (plan secundario) podría cubrir el resto de los costos.

Los niños de hogares de bajos ingresos podrían reunir los requisitos para estar amparados por un seguro médico financiado por el gobierno.

**Conozca la cobertura de la póliza.** Usted debe saber exactamente qué tratamientos y servicios médicos cubre la póliza de seguro de su hijo, cómo proteger sus beneficios, con qué recursos cuenta para cubrir cualquier carencia en la cobertura del seguro y qué gastos necesitará pagar de su propio bolsillo. Incluso una vez terminado el tratamiento, es importante que mantenga la cobertura de seguro médico de su hijo para cubrir los costos de la atención de seguimiento. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) permite que los hijos sigan incluidos en la póliza de seguro médico de sus padres hasta que cumplan los 26 años de edad. Nota: si su hijo es mayor de edad, incluso si él o ella cuenta con la cobertura de su póliza de seguro, el proveedor de seguros tal vez exija que su hijo otorgue su permiso antes de hablar con usted sobre sus reclamaciones médicas.

### Consejos para orientarse en relación con el seguro médico

- Sea proactivo y manténgase informado. Pague las primas a tiempo y en su totalidad para evitar ya sea una interrupción o una cancelación de la cobertura. Revise las estipulaciones de las pólizas de seguro médico de su familia para determinar qué servicios y medicamentos están cubiertos.
- Pida que la compañía de seguros le asigne un coordinador de casos. Él o ella será su contacto directo y responderá a las preguntas que tenga sobre las reclamaciones o la póliza. Cuando es necesario recibir muchos tratamientos médicos, puede ser útil contar con una persona específica con quien hablar en la compañía de seguros. También puede averiguar si su empleador cuenta con un asesor de beneficios o representante de empleados que pueda ayudarlo.
- Cree un sistema de archivo que funcione para usted a fin de poder encontrar información rápida y fácilmente. Guarde copias de todas las reclamaciones y documentación correspondiente en una carpeta organizada por categorías. Las cartas de necesidad médica, facturas, recibos, solicitudes de licencia por enfermedad, etc., deberían guardarse en esta carpeta. Lleve también un registro escrito de cualquier conversación telefónica que tenga con los representantes de la compañía de seguros; asegúrese de incluir el nombre de la persona con la que habló, un resumen de la conversación y la fecha.
- Lleve un registro de todos los gastos médicos que no han sido reembolsados. Esto podría incluir las fechas de cada servicio, el monto pagado y el nombre del médico que prestó el servicio. Tal vez sea posible declarar estos gastos a efectos fiscales.



Utilice la **Planilla 16: Registro de llamadas relativas al seguro médico** para mantener un registro de las comunicaciones con la compañía de seguros.

**Comprenda los términos y gastos.** Lea atentamente la póliza de seguro médico y asegúrese de que comprenda los servicios médicos que están cubiertos. Revise la lista de medicamentos cubiertos por la compañía de seguros (denominada “formulary”, en inglés) y verifique las condiciones de la cobertura de los medicamentos. Familiarícese con los siguientes términos relacionados con los seguros médicos:

- **Primas.** Se trata del costo mensual de la participación en el plan.
- **Deducible.** El deducible es un monto fijo de dinero que cada paciente debe satisfacer (pagar de su propio bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- **Copagos.** Un copago es el monto fijo de dinero que paga el paciente al momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Los copagos generalmente no se aplican a los montos del deducible. El monto del copago puede variar en función de si el paciente acude a un especialista o a un médico de atención primaria (PCP, en inglés).
- **Coseguro/gastos compartidos.** Se trata de ciertos porcentajes de los gastos médicos que el paciente y el plan de salud comparten. Este costo se paga además de los deducibles y copagos. Por ejemplo, si Patricia tiene un plan 80/20, el asegurador paga el 80 por ciento de los gastos cubiertos y ella paga el 20 por ciento restante de los gastos médicos o de los medicamentos recetados.
- **Gastos de su bolsillo.** Se trata del monto total de gastos médicos que es responsabilidad del paciente.

- **Límite de gastos de su bolsillo.** Se trata del monto máximo que una compañía de seguros médicos exige al paciente que pague en deducibles y coseguro por año. Después de alcanzar el límite de gastos de su bolsillo, el paciente ya no paga el coseguro porque el plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos. Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan. También deben seguir pagando sus primas mensuales.
- **Proveedor dentro de la red.** Se trata de un proveedor que es contratado por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas. El monto que el paciente paga por un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que pagaría por un proveedor fuera de la red.
- **Proveedor fuera de la red.** Se trata de un proveedor que no está contratado directamente por el plan de seguro médico de la persona.
- **Beneficio máximo anual y de por vida.** Estos términos se refieren a los beneficios máximos que se pagarán por cada persona inscrita en el plan cada año o durante la vida de la persona.
  - Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés), en el caso de los años de los planes que comenzaron el 23 de septiembre de 2010 o posteriormente, los planes no pueden continuar imponiendo límites (caps, en inglés) de por vida y, a partir del 1 de enero de 2014, los planes ya no pueden imponer límites anuales a los beneficios de salud esenciales.

**Tipos de planes de seguro médico.** Se dispone de distintos tipos de planes de seguro médico. En la medida de lo posible, elija el plan de seguro que se ajuste mejor a sus necesidades.

**Planes privados.** Las siguientes descripciones generales de los diferentes tipos de planes privados y la cobertura que ofrecen podrían no ser exactamente iguales a la descripción de la cobertura de su hijo conforme a su plan (o al plan individual de su hijo). Asegúrese de verificar la cobertura correspondiente a su hijo.

#### Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés)

Se trata de una red de proveedores (médicos, hospitales y clínicas) que ofrece costos reducidos por los servicios médicos a los miembros de los planes. En un plan de una organización para el mantenimiento de la salud:

- Los miembros del plan eligen al médico de atención primaria (PCP, en inglés) que supervisa sus necesidades médicas.
- A los miembros del plan que necesitan acudir a un especialista se les suele exigir que obtengan una remisión de parte del médico de atención primaria.
- Los pacientes tal vez necesiten obtener una precertificación antes de recibir atención en un hospital cuando no es una emergencia, y antes de recibir algunos tipos de atención de especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que necesitan recibir atención en casos de emergencia se lo informen a la organización en el período de 24 horas después de haber recibido la atención.

#### Organización de proveedores preferidos (PPO, en inglés)

Se trata de un grupo de médicos, hospitales y otros profesionales médicos que acceden a ofrecer costos reducidos por los servicios de atención médica a los miembros del plan. En un plan de una organización de proveedores preferidos:

- Los miembros tal vez necesiten pagar un monto de copago fijo por una consulta.
- Los miembros pueden optar entre un proveedor dentro o fuera de la red en lugar de limitarse a proveedores designados.
- Los miembros pueden acudir a un especialista sin obtener una remisión de parte del médico de atención primaria. Un especialista dentro de la red es generalmente la opción menos costosa. El miembro todavía puede acudir a un proveedor fuera de la red, pero es posible que la consulta no esté cubierta a las tarifas reducidas que la póliza del seguro ofrece por una consulta con un proveedor dentro de la red.
- Si un miembro acude a un especialista fuera de la red, podría tener que pagar toda la factura al médico y luego enviar una reclamación de reembolso al proveedor de seguros.
- Podría ser necesario pagar un deducible separado para recibir servicios médicos de parte de un proveedor fuera de la red, o los miembros podrían tener que pagar la diferencia entre el precio que cobra un proveedor dentro de la red y el que cobra un proveedor fuera de la red; a esto se le denomina “facturación del saldo”.
- Los miembros tal vez necesiten obtener una precertificación (preautorización del proveedor de seguros) para algunos tipos de atención, especialmente si el centro o el médico está fuera de la red. Puede que algunos tipos de servicios no estén cubiertos.

### Organización de proveedores exclusivos (EPO, en inglés)

Tanto los planes de las organizaciones de proveedores exclusivos como los de las organizaciones de proveedores preferidos (PPO) ofrecen a sus miembros costos reducidos y les cobran un copago por las consultas. Sin embargo, en un plan de una organización de proveedores exclusivos:

- Los miembros tal vez no necesiten obtener una remisión de parte de un médico de atención primaria para acudir a un especialista, pero deben seleccionar a los proveedores de una lista limitada.
- Si un miembro del plan acude a un médico fuera de la red, podría tener que pagar entre el 20 y el 100 por ciento de los costos.
- A los pacientes que necesitan recibir atención de varios especialistas distintos, este tipo de plan puede resultarles problemático.

### Plan de punto de servicio (POS, en inglés)

Los planes de punto de servicio combinan las características de los planes de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y de una organización de proveedores preferidos (PPO). En un plan de punto de servicio:

- Los miembros del plan pueden elegir el tipo de red de proveedores que más les convenga, según sus necesidades, cada vez que necesiten obtener atención médica.
- Los participantes del plan designan a un proveedor dentro de la red para que sea su médico de atención primaria.
- Por cualquier problema médico, los miembros del plan suelen acudir primero al médico de atención primaria que seleccionaron. Si es necesario, se remite entonces al miembro a un especialista.
- Los miembros de los planes de punto de servicio tal vez necesiten obtener una remisión de parte de un médico de atención primaria para acudir a un especialista.
- Los miembros pueden consultar con un proveedor autorizado fuera de la red y aun así recibir cobertura, aunque el costo es más alto para el paciente.

### Plan de pago por servicio (FFS, en inglés)

Los planes de pago por servicio son más flexibles que los otros planes, pero conllevan primas más altas y mayores gastos de su propio bolsillo, así como también más trámites. En un plan de pago por servicio:

- Los miembros del plan pueden elegir sus propios médicos y hospitales.
- Los miembros pueden acudir a un especialista sin necesidad de obtener una remisión de parte de un médico de atención primaria.
- Los miembros de un plan de pago por servicio podrían tener que pagar directamente al médico por sus servicios y luego presentar una reclamación de reembolso.
- Los participantes del plan solo reciben cobertura limitada para la atención médica de rutina.

**Medicaid.** Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y familias que tienen ingresos limitados. (En algunos estados también se tiene en cuenta si el solicitante tiene bienes limitados para determinar si reúne los requisitos para ser beneficiario). Cada estado tiene su propio programa de Medicaid, con sus propias reglas en cuanto a los requisitos para poder inscribirse en el programa y recibir cobertura. Visite [www.medicare.gov/state-overviews/index.html](https://www.medicare.gov/state-overviews/index.html) (en inglés) para informarse más sobre el programa Medicaid en su estado.

**Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (S-CHIP, en inglés).** Este programa ofrece opciones de cobertura médica gratuitas o subvencionadas a los niños que reúnen los requisitos. En muchos estados, forma parte del programa Medicaid. La mayoría de los estados cubren a los niños de familias con ingresos de hasta el 200 por ciento del nivel federal de pobreza. Llame al **(877) 543-7669** o visite <https://espanol.insurekidsnow.gov> para obtener más información.

**Medicare.** Medicare ofrece cobertura de seguro médico para personas de 65 años de edad en adelante y personas menores de 65 años con ciertas discapacidades (según las definiciones de la Administración del Seguro Social). Visite <https://es.medicare.gov> para obtener información detallada. Los niños menores de 18 años generalmente no reúnen los requisitos para ser beneficiarios de Medicare, pero podrían reunir los requisitos para ser beneficiarios de otros programas de seguro médico para niños y sus familias financiados por el gobierno.

**Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, en inglés).** Los beneficios para veteranos incluyen servicios integrales de atención médica y otros beneficios para veteranos y dependientes de los miembros activos del servicio militar, así como para los dependientes de miembros jubilados o fallecidos. TRICARE® es el programa de atención médica que sirve a los miembros activos y jubilados del servicio militar y a sus familias. Visite [www.tricare.mil](http://www.tricare.mil) (en inglés) para obtener más información acerca de TRICARE. Llame al **(800) 827-1000** o visite [www.va.gov](http://www.va.gov) (en inglés) para obtener información del Departamento de Asuntos de los Veteranos.

**Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).** Los empleados que pierden, abandonan o cambian sus empleos, o los hijos que superan la edad permitida para seguir en el plan de seguro médico de sus padres, podrían reunir los requisitos para permanecer en el plan del empleador conforme a COBRA. Esta ley federal también rige para los dependientes (cónyuge o hijos). Tenga en cuenta que COBRA brinda cobertura a los dependientes en situaciones especiales, por ejemplo, un cónyuge que está divorciado o separado legalmente de un empleado con cobertura, los dependientes de un empleado que llega a reunir los requisitos para ser beneficiario de Medicare y los dependientes de un empleado que ha fallecido. Se exige que el titular de la póliza de seguro pague toda la prima (incluso la parte que el empleador pagaba previamente en su nombre y un 2 por ciento en concepto de gastos administrativos). Podría no ser la opción más económica, pero COBRA le brindará continuación de la cobertura y tiempo a la persona para buscar otras opciones sin que haya una interrupción de la cobertura.

## CONSEJO:

Quando busque un nuevo plan de seguro médico, recuerde que el costo no es lo único que debe considerarse. También debe tomar en consideración la calidad de la cobertura, o podría terminar pagando más por los gastos médicos en general.

**Cuentas de gastos flexibles y cuentas de ahorros para gastos médicos (FSA y HSA, en inglés).** Estas son cuentas especiales que permiten a las personas ahorrar dinero de sus ganancias no gravadas (antes de impuestos) y usarlo luego para pagar sus gastos médicos. Muchos empleadores ofrecen opciones para estos tipos de cuentas a los empleados que están inscritos en planes privados de seguro médico. Estas cuentas les otorgan a los participantes la oportunidad de prepararse para pagar gastos médicos específicos y acumular beneficios tributarios.

Al inicio del año del plan de salud, las personas pueden depositar dinero en una cuenta de gastos flexibles (FSA) y usarlo más adelante para pagar todos los gastos médicos previstos que tendrán que pagar de su bolsillo. Los fondos deben usarse antes de que termine el año. Sin embargo, los empleadores pueden ofrecer la opción de transferir hasta \$500 al año siguiente, u ofrecer una extensión de 3 meses durante los cuales los empleados pueden usar los fondos restantes. Comuníquese con el empleador para enterarse de estipulaciones específicas de la cuenta de gastos flexibles.

Los fondos de las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) no vencen, a diferencia de los fondos de cuentas de gastos flexibles (FSA). Estos fondos solo pueden usarse junto con un plan de seguro médico de deducible alto. En los planes con un deducible alto, el paciente es responsable de pagar todo el costo de su atención hasta alcanzar el monto del deducible alto. Una vez que el paciente alcanza el límite de gastos de su bolsillo, el plan de seguro pagará el 100 por ciento de los servicios cubiertos dentro de la red. El dinero de una cuenta de ahorros para gastos médicos también puede invertirse o, de ser necesario, puede transferirse con el beneficiario a otro trabajo.

**Manutención de menores por orden judicial.** En casos de divorcio, separación o padres que no están casados, el “padre custodio” es el padre, madre o tutor que tiene la custodia física de los hijos. Por medio de una orden judicial, suele exigirse al padre no custodio que brinde apoyo económico al niño. Él o ella generalmente realiza pagos periódicos de un monto establecido al padre custodio para ayudar con los costos que conlleva el cuidado del niño. El monto de los pagos por manutención (sustento) de menores se establece según el caso y siguiendo las pautas estatales, que tienen en cuenta el ingreso de ambos padres y sus otras obligaciones económicas.

Además, el padre no custodio tal vez tenga que pagar parte de los costos de atención médica del niño. Las leyes actuales exigen que toda orden de manutención de menores que haga cumplir una agencia correspondiente incluya una estipulación para la cobertura de la atención médica. Las estipulaciones pueden abarcar la necesidad de:

- Brindar seguro médico para el niño a través de un empleador
- Pagar las primas de un seguro médico privado o reembolsar al padre custodio los costos del seguro médico del niño
- Compartir una parte de los gastos que hay que pagar del bolsillo para la atención médica del niño

En algunos casos, podría enviarse una notificación nacional de manutención médica (NMSN, en inglés) o una orden de manutención médica calificada de menores (QMCSO, en inglés) al empleador del padre no custodio exigiendo que el niño cuente con la cobertura del plan grupal que ofrece el empleador a sus empleados, si tal cobertura estuviese disponible a un costo razonable.

Debido a los costos asociados al tratamiento del cáncer, le podría convenir solicitar la revisión de la orden de manutención de menores, si ya hay alguna vigente en su caso. Las leyes de manutención de menores varían según el estado en que uno vive. Además, le podría convenir consultar con un abogado. Visite el sitio web de la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores en [www.acf.hhs.gov/oficina-de-cumplimiento-de-manutencion-de-menores](http://www.acf.hhs.gov/oficina-de-cumplimiento-de-manutencion-de-menores) para encontrar su agencia local de manutención de menores.

**Información para entender el plan de seguro médico.** Para estimar el costo de la atención médica, usted debe entender la cobertura de su hijo ofrecida por su plan familiar de seguro médico (o el plan individual de su hijo).

<b>Nombre del plan</b>																
<b>Tipo de plan</b>																
<b>Médico de atención primaria</b>	Cobertura <b>dentro de la red</b> <input type="checkbox"/>	Cobertura <b>fuera de la red</b> <input type="checkbox"/>														
<b>Especialistas</b>	Cobertura <b>dentro de la red</b> <input type="checkbox"/>	Cobertura <b>fuera de la red</b> <input type="checkbox"/>														
<b>Centro de tratamiento</b>	Cobertura <b>dentro de la red</b> <input type="checkbox"/>	Cobertura <b>fuera de la red</b> <input type="checkbox"/>														
<b>Otros servicios médicos (pruebas de laboratorio, infusiones intravenosas, radiología)</b>	Cobertura <b>dentro de la red</b> <input type="checkbox"/>	Cobertura <b>fuera de la red</b> <input type="checkbox"/>														
<b>Prima</b>	Mensual: \$ _____	Anual: \$ _____														
<b>Límite de gastos de su bolsillo</b>	Por persona por año: \$ _____	Por familia por año: \$ _____														
<b>Copagos y/o coseguro</b>	Consultas de atención primaria: \$ _____ Consultas con especialistas: \$ _____ Hospitalización: \$ _____ Sala de emergencia: \$ _____ Atención de urgencia: \$ _____ Medicamentos recetados: \$ _____	<table border="0"> <thead> <tr> <th><b>Copago</b></th> <th><b>Coseguro</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Copago</b>	<b>Coseguro</b>	\$ _____	_____ %	\$ _____	_____ %	\$ _____	_____ %	\$ _____	_____ %	\$ _____	_____ %	\$ _____	_____ %
<b>Copago</b>	<b>Coseguro</b>															
\$ _____	_____ %															
\$ _____	_____ %															
\$ _____	_____ %															
\$ _____	_____ %															
\$ _____	_____ %															
\$ _____	_____ %															
<b>Estado del plan a partir de esta fecha:</b> _____	Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del deducible individual del paciente Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del deducible familiar del paciente Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del límite de gastos de su bolsillo (individual) Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del límite de de gastos de su bolsillo (familiar)															



Utilice la **Planilla 17: Información para entender el plan de seguro médico** si hay cambios en el plan de seguro médico.



**Denegación de cobertura de seguro médico.** Si una compañía de seguros deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, usted puede solicitar que la decisión se anule al presentar una apelación. Antes de presentar una apelación, comuníquese con el proveedor de seguros para averiguar por qué se denegó el pago. La razón podría ser un error que puede corregirse, por ejemplo, un error de codificación.

Sin embargo, si el pago se denegó por otra razón (por ejemplo, porque el asegurador no considera que el tratamiento fue necesario por razones médicas), entonces usted puede apelar la decisión. Los miembros del equipo de profesionales médicos tal vez puedan ayudarlo con el proceso. Para mejorar la probabilidad de que la apelación sea exitosa, es importante realizar todos los trámites requeridos y presentar todos los documentos clave dentro de los plazos establecidos.

Lleve un registro de:

- La fecha, la hora y el método de cualquier correspondencia con la compañía de seguros (por teléfono, por correo electrónico, por mensaje de texto o por escrito)
- El nombre y la información de contacto de todos los agentes de seguros o revisores de reclamaciones que se comuniquen con usted
- Resúmenes de sus conversaciones y todos los documentos escritos emitidos por la compañía de seguros

Usted puede obtener información sobre el proceso de apelación llamando a la compañía de seguros, visitando su sitio web o leyendo los documentos del plan o la explicación de beneficios.



Utilice la **Planilla 18: Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico** para llevar un registro de las apelaciones a lo largo del proceso.



Para informarse más sobre el proceso de apelación, visite <https://triagecancer.org/guía-rápida-apelaciones> para consultar una guía rápida sobre apelaciones respecto a planes de seguro médico de empleadores e individuales.

**Explicación de beneficios (EOB, en inglés).** Generalmente, después de que el paciente recibe atención médica, el proveedor envía una factura o reclamación a la compañía de seguros. La compañía de seguros se encarga de la reclamación y le envía a usted una explicación de beneficios. Este documento es un resumen de los servicios que el paciente recibió, la suma que el proveedor facturó a la compañía de seguros y la suma que la compañía de seguros pagó. La explicación de beneficios también puede incluir el monto pagado que se aplica al deducible de la póliza. La mayoría de los formularios de explicación de beneficios empiezan identificando la información específica del paciente y del plan de seguro, así como una lista de los servicios recibidos. Si alguna parte de esta información es incorrecta, es importante que notifique al proveedor de seguros al respecto.

Por cada servicio por el cual el proveedor de servicios médicos solicite un reembolso, hay una descripción del servicio con un código correspondiente y la fecha en que se prestó el servicio.

Una explicación de beneficios no es una factura, por lo que no se debe realizar pagos con base en la información que se encuentra en ese documento. El hospital o el proveedor del servicio le facturará a usted si es que hay un saldo pendiente.



Para informarse más, visite [www.LLS.org/materiales](http://www.LLS.org/materiales) para consultar la publicación titulada **El cáncer y sus finanzas**.



**Proceso de apelación.** Si usted opta por llamar al proveedor de seguros, las siguientes preguntas podrían resultarle útiles al apelar 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 estar incluida en la carta de denegación).
3. ¿Puedo obtener por Internet una copia actualizada del documento del plan y del resumen de beneficios y cobertura del plan (SBC, en inglés)? 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 médica externa de la decisión? (Una revisión médica externa ofrece la oportunidad de que el médico del paciente analice el tratamiento del paciente en detalle con un médico que trabaja para el proveedor de seguros).
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 (denominada “formulary”, en inglés), ¿existe un proceso por el cual se pueda solicitar una excepción? ¿Puede el médico de mi hijo obtener la aprobación presentando una carta que explique la necesidad médica del medicamento en su caso?

Existen tres niveles de apelaciones:

- Una revisión interna de parte del asegurador (primer nivel).
- Una segunda apelación (segundo nivel) al asegurador, si la primera es denegada. Esa apelación será revisada por personas que no participaron en la primera apelación (no todas las compañías de seguros cuentan con una apelación interna de segundo nivel).
- Si las apelaciones internas son denegadas, se realiza una apelación externa a una organización independiente. Para empezar este tipo de apelación, puede comunicarse con el departamento estatal de seguros para obtener ayuda. Es posible que este departamento lo remita a una organización independiente que puede encargarse de este nivel de apelación. Usted también puede optar por obtener ayuda de un trabajador social o un abogado.

Si su hijo cuenta con cobertura médica a través del empleador de su padre o madre, puede que el plan tenga que cumplir ciertas normas establecidas por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés). Esta ley fija normas específicas sobre los plazos de apelaciones, los derechos del solicitante y el tipo de información que el asegurador está obligado a entregarle. Es posible que el plan también tenga que cumplir con leyes estatales específicas.



Visite la Fundación del Defensor del Paciente en [www.patientadvocate.org/es](http://www.patientadvocate.org/es) y Triage Cancer en <https://triagecancer.org/espanol> para obtener más información y recursos a fin de orientarse en relación con el proceso de apelación a una compañía de seguros.

---

**Administración de las finanzas.** Es importante que entienda los gastos que le corresponden y que tenga un plan para manejarlos.

**Presupuesto.** Planificar un presupuesto de antemano y ajustarse a él es una parte importante de la administración de las finanzas después de enterarse de un diagnóstico de cáncer. Si usted comparte sus finanzas con otra persona, por ejemplo, su cónyuge, pareja o el otro padre de su hijo, trabajen juntos para crear un presupuesto.

No olvide considerar todos los posibles cambios de los gastos e ingresos, por ejemplo:

- Salarios no percibidos (pérdida de ingresos) debido a las ausencias del trabajo durante el período del tratamiento o la recuperación
- Transporte y alojamiento, si usted vive lejos del centro de tratamiento
- Gastos médicos adicionales, tales como suplementos nutricionales, medicamentos de venta libre, productos para la higiene, peluca, etc.
- Cuidado infantil para sus otros hijos y/o cuidado de mascotas para cuando está fuera de casa

Cuando prepare un presupuesto, busque maneras de reducir los gastos. Considere las siguientes preguntas:

- ¿Se puede reducir algún gasto comparando los precios de diferentes planes telefónicos/de cable o de seguros del hogar?
- ¿Puede pedir ayuda a sus familiares y amigos con el cuidado infantil o de mascotas?
- ¿Reúne su familia los requisitos para ser beneficiaria de programas de asistencia económica?

## CONSEJO:

Pregunte al personal del hospital o centro de tratamiento si es posible concertar un plan de pago de las facturas médicas. Muchos hospitales ofrecen esta opción para que se pueda pagar una parte cada mes, en vez de pagar una gran cantidad de dinero de una sola vez.



Utilice la **Planilla 19: Elaboración de un presupuesto** para empezar la planificación del presupuesto.

Use el siguiente ejemplo como guía para completar la **Planilla 19: Elaboración de un presupuesto**.

**Presupuesto de Juana para el mes de agosto**

Gastos mensuales	Previstos	Reales
Prima del seguro médico y gastos médicos estimados	\$600	<b>\$700</b>
Alquiler/hipoteca	\$1,025	\$1,025
Servicios públicos (electricidad, gas, agua)	\$135	<b>\$130</b>
Comestibles/comidas	\$325	<b>\$350</b>
Teléfono/celular	\$50	\$50
Cable/Internet/servicios de emisión en continuo	\$150	\$150
Transporte (pago del automóvil, combustible, pasaje de autobús)	\$300	<b>\$450</b>
Pago de deudas (tarjetas de crédito/préstamos)	\$200	\$200
Primas de otros seguros (automóvil/vida)	\$75	\$75
Limpieza del hogar/mantenimiento del césped		
Cuidado infantil	\$250	<b>\$265</b>
Otros gastos	\$55	<b>\$70</b>
<b>Total de gastos</b>	<b>\$3,165</b>	<b>\$3,465</b>

Juana usó su última factura de hipoteca para completar la cantidad exacta, ya que este pago se mantiene igual.

Para estimar los gastos de comestibles y comidas, Juana comprobó su extracto bancario del mes pasado para ver cuánto gastó en la tienda de comestibles y en los restaurantes.

Juana gastó más de lo previsto en transporte. Conducir a las citas médicas le ocasionó más gastos de combustible, y el estacionamiento era costoso.

Ingresos mensuales y sus fuentes	Previstos	Reales
Sueldo (ingreso neto*)	\$3,500	\$3,500
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/ Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Beneficios laborales: discapacidad (a corto o largo plazo)		
Ingreso de jubilación del sector privado y/o de la Administración del Seguro Social (SSA)		
Asistencia económica		
Otras formas de ingresos		
<b>Total de ingresos</b>	<b>\$3,500</b>	<b>\$3,500</b>

Juana comprobó su último recibo de nómina para determinar sus ingresos.

\* El ingreso neto es el salario en mano después de los impuestos y otras deducciones salariales.

	Previsto	Real
<b>Total de ingresos</b>	\$3,500	\$3,500
<b>Total de gastos</b>	\$3,165	\$3,465
<b>Total después de los gastos (total de ingresos menos el total de gastos)</b>	<b>\$335</b>	<b>\$35</b>

**Asistencia económica.** Puede obtener asistencia económica de varias maneras para los gastos relacionados con el tratamiento o para reponer los ingresos perdidos. Algunas organizaciones también pueden brindar ayuda con los costos de transporte, de vivienda y/o de medicamentos recetados.

#### Programas de asistencia económica

- Los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), comúnmente denominados “cupones para alimentos”, pueden ayudar con los costos de los alimentos. Para solicitar estos beneficios u obtener información sobre dicho programa, comuníquese con la oficina local del programa. Visite [www.fns.usda.gov/snap/state-directory](http://www.fns.usda.gov/snap/state-directory) (en inglés) para encontrar un listado de las oficinas locales.
- El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, en inglés) brinda apoyo nutricional a mujeres embarazadas y niños de hasta 5 años de edad de hogares de bajos ingresos. Visite [www.fns.usda.gov/wic](http://www.fns.usda.gov/wic) (en inglés) para obtener más información.
- El Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, en inglés) ofrece ayuda para el pago de las facturas de la electricidad. Para informarse más o para completar una solicitud, comuníquese con la oficina local del programa. Puede encontrar una oficina en su localidad en <https://liheapch.acf.hhs.gov/db/index.php> (en inglés), o llame a la línea directa del proyecto nacional de remisiones para asistencia con las necesidades de energía al **(866) 674-6327**.

#### Programas de asistencia económica de LLS

- A los pacientes que reúnen los requisitos, LLS les ofrece programas de asistencia económica para las primas del seguro y los copagos, costos de viajes y otros gastos relacionados con el tratamiento. Para obtener más información, visite [www.LLS.org/asuntos-financieros](http://www.LLS.org/asuntos-financieros) o llame al **(800) 955-4572**.

## CONSEJO:

Si tiene dificultades económicas para pagar un gasto, podría ser necesario pensar en forma creativa. Por ejemplo, es probable que no pueda obtener asistencia económica para pagar la factura de su tarjeta de crédito. Sin embargo, tal vez encuentre un programa de asistencia económica que contribuya al pago de la factura de la electricidad, de modo que le sobrará algún dinero de su presupuesto que puede usar para los pagos de su tarjeta de crédito.



A pesar de que no existe un recurso único que pueda solucionar por completo las preocupaciones financieras de una familia, los Especialistas en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, en inglés), disponibles al **(800) 955-4572**, pueden ofrecer información y remisiones a otras organizaciones para ayudarlo. También puede visitar [www.LLS.org/ResourceDirectory](http://www.LLS.org/ResourceDirectory) (en inglés) para consultar información sobre otras organizaciones, organizada en categorías por tipo de necesidad.

**CancerCare.** Esta organización nacional sin fines de lucro ofrece servicios, apoyo, información y ayuda práctica en forma gratuita a toda persona afectada por el cáncer, incluyendo a las personas que tienen cáncer. La organización ofrece orientación sobre asuntos financieros y brinda asistencia económica para ayudar con algunos tipos de gastos. Llame al **(800) 813-4673** o visite [www.cancercarespanol.org](http://www.cancercarespanol.org) para informarse más.

**NeedyMeds.** Esta organización 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 diversos tipos de asistencia, por ejemplo, para enfermedades y problemas médicos específicos, asistencia para completar solicitudes, programas apoyados por el estado y centros de Medicaid. Llame al **(800) 503-6897** o visite [www.needymeds.org](http://www.needymeds.org) para informarse más (haga clic donde dice “En español” en la parte superior derecha de la página principal).



Utilice la **Planilla 20: Registro de la asistencia económica** cuando solicite asistencia económica. Lleve un registro de las solicitudes y de las comunicaciones correspondientes.



Para obtener más información sobre el cáncer y las finanzas, visite [www.LLS.org/materiales](http://www.LLS.org/materiales) para consultar la publicación titulada **El cáncer y sus finanzas**.



Asuntos financieros y legales: notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---