



LEUKEMIA &  
LYMPHOMA  
SOCIETY®

RECURSOS PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

# EL CÁNCER Y SUS FINANZAS

Revisada en 2022

---

## Narraciones sobre la vida con cáncer de la sangre de pacientes en nuestra Comunidad de LLS

---

**Sé fuerte y sigue avanzando. Encuentra lo positivo en cada día. Sé tu mejor defensor.** Esta experiencia ha cambiado mi vida para lo mejor. **Acepta, aprende y céntrate en el presente. Aprendo a vivir una vida distinta. Repentino y transformador: mantente positivo. Espera, preocupación, ansiedad, ¡feliz de estar vivo! Acoge una nueva normalidad cada día. 5 años, 41 infusiones intravenosas, fatiga constante. Paciencia, actitud positiva, esperanza y fe. Una prueba tras otra, ¡sobreviviré! Tratamiento, fatiga, tratamiento, fatiga y supervivencia. Ama la vida, vive mejor cada día. No miro atrás, solo adelante. Por ahora, todo bien, vive la vida. Meditación, atención plena, bienestar, fe, nutrición y optimismo. Encuentro la alegría mientras vivo en la incertidumbre. Observar, esperar, recibir tratamiento, reorganizarse, descansar, recuperar la energía. ¡Afortunado de sentirme tan bien! Experiencia reveladora, aprendizaje necesario y curación. Me siento bien, pero los planes de viaje inciertos me molestan. Fe renovada, meditación, dieta, atención plena, gratitud.** La espera vigilante puede resultar en una preocupación vigilante. Da miedo, caro, agradecido, bendiciones, esperanza, fe. **¡Gracias a Dios por los trasplantes de células madre! No sé qué esperar. Extraordinariamente agradecido, amo mi vida. Diagnosticado, asustado, evaluado, en tratamiento, a la espera, esperanzado. Soy más generoso, menos impaciente. Acoge tu tratamiento día tras día. Vive el día de hoy, acepta el mañana, olvida el pasado. Fortaleza que nunca supe que tenía. Desafío para nuestros corazones y mentes. La vida es lo que nosotros creamos. Vive la vida de una manera hermosa.**



Descubra lo que otros miles ya han descubierto en [www.LLS.org/Community](http://www.LLS.org/Community)

Únase a nuestra red social por Internet para las personas que viven con cáncer de la sangre y quienes las apoyan. (El sitio web está en inglés). Los miembros encontrarán:

- Comunicación entre miles de pacientes y cuidadores que comparten sus experiencias e información, con el apoyo de personal experto
- Actualizaciones precisas y de vanguardia sobre las enfermedades
- Oportunidades para participar en encuestas que contribuirán a mejorar la atención médica

# Índice

- 2** Glosario de siglas
- 4** Introducción
- 4** Seguro médico
- 8** Tipos de planes de seguro médico
- 11** Opciones de seguros por discapacidad
- 12** Cómo mantenerse organizado
- 13** Explicación de beneficios y denegación de cobertura de seguro médico
- 17** Asistencia económica
- 18** Protecciones federales de empleo
- 19** Apoyo y defensa
- 21** Cómo obtener la ayuda que necesita

Planillas de asuntos financieros:

- 23** Listas de comprobación de los asuntos financieros
- 27** Lista de comprobación de los costos del seguro médico y formulario de presupuesto
- 31** Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico
- 33** Registro de la asistencia económica

*Para obtener más copias de estas planillas, visite [www.LLS.org/planillas](http://www.LLS.org/planillas).*

- 35** Información y recursos
- 37** Otras organizaciones
- 40** Glosario de términos
- 43** Referencias bibliográficas

## Agradecimiento

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma agradece la revisión de la versión en inglés de este material realizada por:

### **Monica Fawzy Bryant, Esq**

Abogada especialista en los derechos de los pacientes con cáncer y directora general  
Triage Cancer  
Chicago, IL

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 los servicios profesionales. La información acerca de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio es correcta en el momento de la publicación y está sujeta a cambios. Si tiene preguntas o necesita obtener más información, comuníquese con un Especialista en Información de LLS al (800) 955-4572, o visite el sitio web de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Esta publicación tiene como objetivo brindar información precisa y confiable con respecto al tema en cuestión. Es distribuida por la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) como un servicio público, entendiéndose que LLS no se dedica a prestar servicios médicos ni otros servicios profesionales. El personal de LLS revisa cuidadosamente el contenido para comprobar su exactitud y confirma que todas las opciones diagnósticas y terapéuticas se presentan de una manera razonable y balanceada, sin tendencia particular a favor de cualquier opción.

## Glosario de siglas

Al leer esta publicación, usted notará que incluye una serie de siglas y abreviaturas en inglés. A continuación hay una lista de las mismas en orden alfabético, seguidas de los términos que representan en inglés y en español, para ayudarlo a entender su significado y uso. Los profesionales médicos en los Estados Unidos usan siglas y abreviaturas a menudo cuando hablan de enfermedades y tratamientos, organizaciones de atención médica, así como de servicios y recursos de apoyo al paciente.

<b>Sigla</b>	<b>Término en inglés</b>	<b>Término en español</b>
<b>ACA</b>	Affordable Care Act	Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
<b>ADA</b>	Americans with Disabilities Act	Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
<b>ALS</b>	amyotrophic lateral sclerosis	esclerorisis lateral amiotrófica
<b>BMT InfoNet</b>	Blood & Marrow Transplant Information Network	Red de Información de Trasplante de Sangre y Médula Ósea
<b>CAR-T</b>	chimeric antigen receptor T cell (therapy)	terapia de células T con receptores de antígenos quiméricos
<b>C-FAC</b>	Cancer Financial Assistance Coalition	Coalición de Ayuda Económica para Pacientes con Cáncer
<b>CPT</b>	current procedural terminology	terminología actualizada de procedimientos médicos
<b>COBRA</b>	Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act	Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria
<b>CTSC</b>	Clinical Trial Support Center	Centro de Apoyo para Ensayos Clínicos
<b>DOL</b>	Department of Labor	Departamento de Trabajo
<b>EOB</b>	explanation of benefits	explicación de beneficios
<b>EPO</b>	exclusive provider organization	organización de proveedores exclusivos
<b>ERISA</b>	Employee Retirement Income Security Act	Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados
<b>FFS (plan)</b>	fee-for-service plan	plan de pago por servicio
<b>FMLA</b>	Family and Medical Leave Act	Ley de Ausencia Familiar y Médica
<b>FSA</b>	flexible spending account	cuenta de gastos flexibles
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization	organización para el mantenimiento de la salud
<b>HSA</b>	health savings account	cuenta de ahorros para gastos médicos
<b>HUD (Dept.)</b>	Department of Housing and Urban Development	Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano
<b>JAN</b>	Job Accommodation Network	Red de Acomodación en el Empleo
<b>LIHEAP</b>	Low Income Heating Energy Assistance Program	Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos
<b>LLS</b>	The Leukemia & Lymphoma Society	Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma

<b>Sigla</b>	<b>Término en inglés</b>	<b>Término en español</b>
<b>MA-PD (plan)</b>	Medicare Advantage prescription drug plan	plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage
<b>MRI</b>	magnetic resonance imaging	resonancia magnética
<b>NACo</b>	National Association of Counties	Asociación Nacional de Condados
<b>NCLSN</b>	National Cancer Legal Services Network	Red Nacional de Servicios Legales Relacionados con el Cáncer
<b>NCSL</b>	National Conference of State Legislatures	Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales
<b>NFT</b>	National Foundation for Transplants	Fundación Nacional de Trasplantes
<b>NIMH</b>	National Institute of Mental Health	Instituto Nacional de la Salud Mental
<b>NMDP</b>	National Marrow Donor Program	Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea
<b>NPAF</b>	National Patient Advocate Foundation	Fundación Nacional para la Defensa del Paciente
<b>PAF</b>	Patient Advocate Foundation	Fundación Defensora del Paciente
<b>PCP</b>	primary care physician/provider	médico de atención primaria (de cabecera)
<b>PDP</b>	prescription drug plan	plan de medicamentos recetados
<b>POS (plan)</b>	point-of-service plan	plan de punto de servicio
<b>PPA</b>	Partnership for Prescription Assistance	Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados
<b>PPACA</b>	Patient Protection and Affordable Care Act	Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio
<b>PPO</b>	preferred provider organization	organización de proveedores preferidos
<b>Rmk (code)</b>	remark code	código de observación
<b>SBC</b>	summary of benefits and coverage	resumen de beneficios y cobertura
<b>S-CHIP</b>	State Children's Health Insurance Program	Programa Estatal de Seguro Médico para Niños
<b>SHIP</b>	State Health Insurance Assistance Program	Programa Estatal de Asistencia para los Seguros Médicos
<b>SNAP</b>	Supplemental Nutrition Assistance Program	Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria
<b>SSDI</b>	Social Security Disability Insurance	Seguro por Incapacidad del Seguro Social
<b>SSA</b>	Social Security Administration	Administración del Seguro Social
<b>SSI</b>	Supplemental Security Income	Seguridad de Ingreso Suplementario
<b>VA</b>	Veterans Affairs	Asuntos de los Veteranos

## Introducción

El pago de la atención médica es una preocupación considerable 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. Entre ellas se incluyen:

- Las personas que permiten que su cobertura de seguro médico caduque cuando dejan de trabajar o cambian de trabajo, o porque no pueden costearla
- Las personas que no pueden solventar el costo de un seguro privado y que tal vez no se den cuenta de que reúnen los requisitos para ser beneficiarias de programas gubernamentales o de otros tipos de asistencia
- Los pacientes que descubren, después de recibir un diagnóstico de cáncer, que su póliza de seguro no cubre los medicamentos recetados o los tratamientos que necesitan
- Los pacientes que tal vez no puedan costear los copagos, los deducibles o el coseguro

En este librito se describen las opciones de seguro médico y los recursos disponibles para ayudar a los pacientes y familias que están afrontando los aspectos económicos de la atención médica para el cáncer. Quizás le convenga ojear todo el contenido de este librito y luego regresar a las secciones que abarcan la información específica que usted necesita.

Los Especialistas en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) ofrecen orientación sobre los seguros médicos, programas gubernamentales, beneficios por discapacidad, programas de asistencia económica y el apoyo y defensa. El personal de las oficinas regionales de LLS puede ayudarlo a acceder a los programas de LLS y otros recursos comunitarios. Llame al (800) 955-4572 para obtener más información.

## Seguro médico

El seguro médico ayuda a pagar los tratamientos médicos costosos y puede proteger a los pacientes y sus familiares de las dificultades económicas. Hay diferentes tipos de programas de seguro médico privados y públicos.

La cobertura de un plan privado de seguro médico puede provenir de:

- Un empleador
- Un sindicato
- Otra asociación
- Una compañía de seguros médicos que ofrece pólizas individuales y/o familiares

Los programas de seguro médico financiados por el gobierno incluyen:

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

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

El sitio web en [CuidadoDeSalud.gov](http://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. Vea la sección titulada *Tipos de planes de seguro médico* a partir de la página 8 para obtener más información sobre las diferentes opciones de seguro médico. La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma se ha aliado con otras organizaciones de apoyo y defensa en el ámbito del cáncer para crear la Guía de cobertura médica para personas con cáncer (Cancer Insurance Checklist). Usted puede usar esta guía a fin de averiguar cuál plan de seguro médico será más adecuado en su caso. Para obtener más información, vea la sección titulada *Otras organizaciones* a partir de la página 37, o visite [www.CancerInsuranceChecklist.org/es](http://www.CancerInsuranceChecklist.org/es).

#### ¿SABÍA QUE...?

El *Programa de Asistencia para Copagos* de LLS puede ayudarlo a pagar las primas del seguro y los gastos de su bolsillo, por ejemplo, los copagos y deducibles asociados a los gastos que cubre dicho programa. Visite [www.LLS.org/copagos](http://www.LLS.org/copagos) o llame al (877) 557-2672.

**Conozca su cobertura.** No es poco común que algunos pacientes con diagnóstico de una enfermedad seria, como el cáncer, descubran que carecen de cobertura suficiente. Los pacientes con diagnóstico reciente deben saber exactamente qué tratamientos y servicios médicos cubren sus planes de seguro, cómo proteger sus beneficios, con qué recursos cuentan para cubrir cualquier carencia en la cobertura del seguro y qué gastos necesitarán pagar de su propio bolsillo. Los sobrevivientes de cáncer que necesitarán recibir atención de seguimiento también deben saber qué está cubierto por el seguro médico.

Las personas que tienen seguro médico deben leer sus pólizas atentamente para comprender los servicios médicos que están cubiertos. Entre los gastos contraídos podrían incluirse:

### **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 (pagar de su bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- Por ejemplo, Juan tiene un deducible de \$1,000. Después de que Juan pague su deducible, su compañía de seguros empezará a pagar los servicios cubiertos.

### **Copagos**

- Un copago es el monto fijo de dinero 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 (que son específicos del plan particular).
- Pueden variar en función de si el paciente acude a un especialista (p. ej., un hematólogo-oncólogo) o a su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés, también denominado médico de cabecera).
- Por ejemplo: Patricia necesita acudir a su médico de cabecera y a un especialista. Su plan establece que ella tiene un copago de \$30 en el consultorio del médico de cabecera y de \$50 en el del especialista. El copago es un monto fijo que no depende del monto de su factura.

### **Coseguro/gastos compartidos**

- Estos especifican ciertos porcentajes de los gastos médicos que el paciente y el plan de salud comparten.
- Para el paciente, este costo se suma al de los deducibles y copagos.
- Los cargos pueden corresponder a los servicios del hospital, ciertas pruebas de laboratorio y también a servicios de atención médica que el paciente recibe de un profesional médico fuera de la red del plan.
- 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 y de los medicamentos recetados.

### **Monto máximo de gastos de su bolsillo**

- Esto se refiere al monto máximo o el límite en concepto de gastos que el paciente paga en total por año.
- Después de alcanzar este monto máximo, el paciente ya no paga el coseguro porque su plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos.
- Muchos planes incluyen en el monto máximo de gastos de su bolsillo todo lo que el paciente paga en deducibles, coseguro y copagos. No obstante, algunos planes excluyen ciertos pagos (p. ej., los copagos).
- Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan.

Ellos deben seguir pagando sus primas mensuales o su seguro será cancelado.

### **Dentro de la red y fuera de la red**

- Los proveedores dentro de la red son contratados por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas.
- Los proveedores fuera de la red no son contratados directamente por el plan de seguro médico de la persona.
- El monto que el paciente paga por los servicios de un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el que paga por los de un proveedor fuera de la red.

Vea el *Glosario de términos* a partir de la página 40 para consultar una lista ampliada de términos relacionados con el seguro médico.

**Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés).** Conforme a la ACA (también conocida como Ley de Atención Asequible y “Obamacare”), se exige 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 del 2014. Este requisito suele denominarse el “mandato individual”. Debido a cambios de política, a partir del 2019 los consumidores de la mayoría de los estados podrán optar por no contar con cobertura sin tener que pagar una multa, la que se incluyó como sanción en la ley original. No obstante, los siguientes estados han establecido una multa en el ámbito estatal: California, D.C., Massachusetts, New Jersey, Rhode Island y Vermont. La ACA aún está vigente en los Estados Unidos y las protecciones al consumidor que la misma estableció todavía existen. Para obtener la información más reciente sobre la ACA y la reforma del sistema de atención médica, puede visitar [www.triagecancer.org/HealthInsurance](http://www.triagecancer.org/HealthInsurance) (en inglés).

**Planes del Mercado de Seguros Médicos.** La ACA ofrece asistencia de dos maneras. La misma crea:

- Opciones nuevas para tener acceso a la cobertura de un seguro médico
- Protecciones nuevas para los consumidores de atención médica

Mediante la ACA, las personas y las pequeñas empresas (con menos de 50 empleados) pueden adquirir cobertura de seguro médico a través de los Mercados de Seguros Médicos de los gobiernos estatales.

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

- Proveer un nivel mínimo de beneficios de salud esenciales.
- Poner un límite a los gastos anuales que los miembros tienen que pagar de su bolsillo (en el 2022, \$8,700 por persona y \$17,400 por familia). Los montos generalmente aumentan cada año.
- Ofrecer cinco niveles de planes estandarizados (Bronce, Plata, Oro, Platino y Catastrófico), cada uno con un costo distinto. En el *Glosario de términos*, que empieza en la página 40, se ofrece una definición básica de cada plan para que pueda compararlos y ver cuál de ellos es el mejor para usted.

Tenga en cuenta que las personas con ingresos de hasta el 250 por ciento del nivel federal de pobreza y que han comprado un plan de categoría Plata reúnen los requisitos para recibir ayuda para el pago de su cobertura de seguro médico a través de subvenciones para costos compartidos.

Para obtener más información sobre los Mercados de Seguros Médicos, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) (haga clic en Obtenga Cobertura y luego seleccione su estado).

**Protecciones para los consumidores de atención médica conforme a la ACA.** En la siguiente lista se explican las protecciones garantizadas a las personas conforme a la ACA.

- **Cancelaciones del seguro médico (anulaciones).** Las compañías de seguros ya no pueden cancelar ni “rescindir” su póliza a menos que usted cometa un fraude, haya mentido deliberadamente en la solicitud de inscripción o deje de pagar sus primas. En el pasado, las compañías de seguros podían cancelar la cobertura debido a una equivocación o error técnico en la solicitud de seguro médico de una persona. Actualmente esto es ilegal.
- **Protección correspondiente a afecciones preexistentes.** Las compañías de seguros ya no están autorizadas a denegar una póliza de seguro médico a niños o adultos con afecciones preexistentes, tales como el cáncer. Las mismas tampoco pueden continuar imponiendo períodos de exclusión por afecciones preexistentes en sus pólizas.
- **Calificación de primas.** Ya no se permite que las compañías de seguros tomen en cuenta la afección preexistente, los antecedentes médicos ni el sexo de una persona al determinar el costo de la prima mensual de una póliza. 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.
- **Límites anuales o límites de por vida.** La mayoría de los planes de salud privados no están autorizados a poner límites anuales ni límites de por vida (a veces denominados “caps”, en inglés) al monto de dinero correspondiente a la cobertura de una persona. Esto significa que las compañías de seguros no pueden negarse a pagar por la atención de una persona después de que esta haya alcanzado un monto específico ese año por todos los beneficios cubiertos conforme al plan. La persona aún podría ser responsable del pago de los beneficios que no están cubiertos.

**Cobertura de las pruebas médicas y tratamientos relacionados con el cáncer mismo o con el tratamiento del cáncer.** Los planes de seguro médico cubren las pruebas y los tratamientos que se citan a continuación cuando están relacionados con el cáncer o el tratamiento del cáncer.

**Servicios preventivos.** La mayoría de las compañías de seguros privadas están obligadas a ofrecer cobertura gratuita de ciertos servicios preventivos, tales como los exámenes de detección del cáncer (por ejemplo, colonoscopias y mamografías). Esto significa que usted puede acceder a estos servicios sin tener que pagar un copago, coseguro ni ningún monto que se aplique a los costos del deducible. Hay una lista de estos servicios preventivos en [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov). Escriba “servicios preventivos” en la casilla de búsqueda ubicada en la parte de arriba de la página.

**Ensayos clínicos.** La participación en un ensayo clínico podría ser una opción excelente para alguien con cáncer. A partir del 1 de enero del 2014, los aseguradores ya no están autorizados a poner límites o a disminuir la cobertura de las personas que elijan participar en un ensayo clínico. Esto se aplica a los ensayos clínicos concebidos para el tratamiento del cáncer, además de otras enfermedades potencialmente mortales. La ACA exige a la mayoría de las compañías de seguros que cubran los costos que se consideran habituales en el caso de las personas que participan en un ensayo clínico que cumple los criterios establecidos. Dichos costos pueden incluir las consultas con el médico, pruebas de sangre, resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés) y otros estudios de imagenología, etc. Existen otras leyes en 36 estados y el Distrito de Columbia que posiblemente ofrezcan protección adicional a los participantes de los ensayos clínicos. Podría haber diferencias en cuanto a la cobertura de las personas que cuentan con Medicare, Medicaid o una cobertura relacionada con el servicio militar.

**Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas han cambiado la faz del diagnóstico y tratamiento del cáncer, mejorando en definitiva la atención del paciente. Al identificar a las personas portadoras de mutaciones génicas, los profesionales médicos pueden determinar quiénes corren un riesgo mayor de presentar tipos específicos de cáncer. Los médicos pueden entonces ofrecer pruebas de detección a los pacientes en casos de alto riesgo, así como estrategias de prevención y prometedoras terapias dirigidas. Muchos planes de salud exigen que el paciente

reciba asesoramiento genético por parte de un asesor genético o profesional médico con la certificación correspondiente antes de cubrir ciertas pruebas. Las pruebas genéticas pueden ser costosas. Solicite información a su proveedor de seguros médicos acerca de las pruebas genéticas cubiertas conforme a su póliza.

**Trasplantes de células madre.** Estos procedimientos son costosos y puede que no estén totalmente cubiertos por el seguro médico. Además del costo del tratamiento, los pacientes podrían contraer gastos considerables de transporte, alojamiento, comidas, 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.

**Terapia de células T con receptores de antígenos quiméricos (CAR-T, en inglés).** Esta clase de terapia es costosa y puede que no esté totalmente cubierta por el seguro médico. Además del costo del tratamiento, los pacientes podrían contraer gastos considerables relativos a la obtención de células, el régimen terapéutico de preparación, la licencia del trabajo, los costos de transporte y alojamiento, la necesidad de contar con un cuidador y que el mismo tenga que tomarse licencia del trabajo, las comidas y el cuidado infantil. Los pacientes podrían disponer de otros recursos económicos si se someten a la terapia como parte de un ensayo clínico. Es importante que los pacientes y cuidadores pidan al equipo de profesionales médicos que los remitan a organizaciones que ofrecen asistancia para asegurarse de que puedan cubrir estos costos.

Algunas de las organizaciones que aparecen en la sección titulada *Otras organizaciones* (a partir de la página 37) ofrecen información, asistencia económica y servicios de apoyo y defensa de los derechos del paciente, tanto a los pacientes como a sus familias. La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma también mantiene un directorio de recursos que ofrece listas de organizaciones que podrían ser útiles para los pacientes. Visite [www.LLS.org/resourcedirectory](http://www.LLS.org/resourcedirectory) (en inglés) para obtener más información.

Para informarse más sobre cómo podrían aplicarse estas y otras reformas de la atención médica en su caso, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

**Adultos jóvenes.** Los adultos jóvenes con 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 pueden ser de ayuda:

- Si un plan de seguro familiar cubre a dependientes, la ACA permite a los adultos jóvenes permanecer en el plan de seguro de sus padres hasta que cumplan 26 años de edad. Comuníquese con su compañía de seguros o visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) para obtener más información.
- La cobertura de los procedimientos de conservación de la fertilidad y de los tratamientos correspondientes varía de estado a estado. Compruebe la información sobre la cobertura de servicios de fertilidad en su estado. Para obtener más información, consulte la publicación gratuita de LLS titulada *La fertilidad y el cáncer*. Además, vea la sección titulada *Otras organizaciones*, a partir de la página 37 de este librito, y revise la guía de consulta rápida disponible en <https://trriagecancer.org/QuickGuide-Fertility> (en inglés).
- La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma cuenta con programas dirigidos a los pacientes adultos jóvenes. Visite [www.LLS.org/YoungAdults](http://www.LLS.org/YoungAdults) (en inglés) para acceder a recursos y programas relacionados con el empleo, la supervivencia, los seguros, el manejo del cáncer y otros temas importantes. Para acceder a recursos adicionales, visite [www.LLS.org/resourcedirectory](http://www.LLS.org/resourcedirectory) (en inglés).

## Tipos de planes de seguro médico

**Planes privados.** Las siguientes descripciones generales de los diferentes tipos de planes y la cobertura que ofrecen podrían no ser exactamente iguales a la descripción de la cobertura de su plan, por lo que siempre debe consultar la información sobre la cobertura de su propio plan.

**Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés).** Se trata de una red de proveedores (médicos, hospitales y clínicas) que ofrecen 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 un médico de atención primaria (de cabecera) que supervisa las necesidades médicas del paciente.
- Suele exigirse que los miembros del plan obtengan una remisión médica, de parte del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), para tener acceso a un especialista.
- Es posible que los pacientes necesiten obtener una precertificación antes de recibir atención en un hospital cuando no se trate de una emergencia y antes de recibir algunos tipos de atención ofrecidos por especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que reciban atención en casos de emergencia se lo informen a la organización en el período de 24 horas después de haber recibido el servicio.

**Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas 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 estándar por una consulta.
- Los miembros pueden optar entre un proveedor dentro o fuera de la red en lugar de limitarse a proveedores designados.
- El miembro puede acudir a un especialista dentro de la red o fuera de la red sin la necesidad de obtener una remisión de parte de su médico de atención primaria. Un especialista dentro de la red es generalmente la opción menos costosa.
- 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.
- Los pacientes que acuden a un médico fuera de la red tal vez tengan que pagar un deducible separado o la diferencia entre el precio que cobra un médico dentro de la red y el que cobra un médico fuera de la red (a esto se le denomina “facturación del saldo”).
- Los miembros podrían tener que obtener una precertificación (a veces denominada “preautorización”) 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, por sus siglas 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 una remisión 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.
- Este tipo de plan podría resultar problemático en el caso de los pacientes que necesitan acudir a varios especialistas distintos.

**Planes de punto de servicio (POS, por sus siglas 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 pueden designar 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 al miembro para que consulte con un especialista.
- Los miembros de los planes de punto de servicio tal vez necesiten obtener una remisión para acudir a un especialista.
- Los miembros pueden consultar con un proveedor autorizado fuera de la red y aun así recibir cobertura, aunque esto por lo general sería más costoso.

**Pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés).** Los planes de pago por servicio son más flexibles que los otros planes, pero implican primas más altas y mayores gastos de su bolsillo, así como más trámites.

En un plan de pago por servicio:

- Los miembros pueden elegir a sus propios médicos y hospitales.
- Los miembros del plan pueden consultar con un especialista sin la necesidad de obtener una remisión por parte del 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.

**Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés).** Los sobrevivientes de cáncer que pierdan, dejen o cambien sus empleos, o los hijos que superen la edad permitida para seguir en el plan de seguro médico de sus padres, podrían reunir los requisitos para permanecer en el mismo plan conforme a COBRA. Esta ley federal también concierne a los dependientes (cónyuge o hijos) de un empleado con cobertura en casos de divorcio o separación legal, a los dependientes de un empleado que ha fallecido y a los dependientes de un empleado que llega a reunir los requisitos para ser beneficiario de Medicare.

La continuación del seguro médico a través de COBRA:

- Exige que las empresas, con 20 empleados o más, ofrezcan cobertura médica ininterrumpida a los empleados y sus dependientes cubiertos durante un período de 18 a 36 meses, según el evento calificado
- Exige que las personas paguen toda la prima (incluso la parte que el empleador pagaba previamente en su nombre) y un 2 por ciento en concepto de gastos administrativos
- Proporcionará continuación de la cobertura

Es posible que haya otras opciones disponibles a través de los planes que se encuentran en el Mercado de Seguros Médicos de su estado. Sin embargo, la cobertura puede ser distinta. Las empresas pequeñas no están obligadas a ofrecer la cobertura de COBRA. Sin embargo, muchos estados tienen una versión estatal de la ley COBRA que aborda la exigencia de cobertura de empleados en el caso de las pequeñas empresas. Para obtener más información sobre las opciones que se ofrecen en su estado, hay una tabla con un resumen de las leyes estatales en <https://triagecancer.org/health-insurance-state-laws#hioptions> (en inglés).

**Medicaid.** Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y sus familias que tienen ingresos y bienes limitados. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid, con sus propias reglas en cuanto a los requisitos de inscripción y la cobertura. Visite <https://www.medicaid.gov/state-overviews/index.html> (en inglés) para obtener más información.

Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), los gobiernos estatales tienen la opción de ampliar sus programas de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos de hasta el 138 por ciento del nivel federal de pobreza (en el 2022, \$18,754 por año para una persona individual o \$38,295 por año para una familia de cuatro personas). Solo algunos estados han optado por no ampliar sus programas de Medicaid. Visite <https://triagecancer.org/medicaid-expansion> (en inglés) para averiguar si se ha ampliado el programa de Medicaid en su estado. Para obtener más información sobre Medicaid, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) o [www.Medicaid.gov](http://www.Medicaid.gov) (este último está en inglés).

**Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (S-CHIP, por sus siglas en inglés).** Este programa ofrece opciones de cobertura médica, tanto gratuitas como 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. 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, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades (según las definiciones de la Administración del Seguro Social) y todas las personas con enfermedad renal en fase terminal que necesiten diálisis o con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés). Medicare NO cubre algunos servicios, tales como la atención a largo plazo, la mayor parte de la atención dental, los exámenes oculares relacionados con lentes recetados, las dentaduras postizas, las cirugías estéticas, la acupuntura, los audífonos ni los cuidados habituales del pie. Es posible que estos servicios estén cubiertos por algunos planes de Medicare Advantage (Parte C). Llame al (800) 633-4227 [800-MEDICARE] o visite <https://es.medicare.gov> para obtener más información.

Medicare ofrece cobertura médica básica y se divide en las siguientes partes o beneficios:

- La **Parte A** (seguro hospitalario) ayuda a pagar la atención de pacientes hospitalizados, algunos servicios de atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada, la atención en hospitales psiquiátricos y la atención para pacientes terminales (“hospice care”, en inglés).
- La **Parte B** (seguro médico) ayuda a pagar los servicios médicos, las consultas médicas, los análisis de laboratorio, la 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 *Tipos de planes de seguro médico* a partir de la página 8). Además:
  - Está aprobada por Medicare y es administrada por compañías privadas que le proporcionarán toda la cobertura de las partes A y B.
  - Generalmente incluye la cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D).
  - Puede ofrecer cobertura adicional, por ejemplo, cobertura de servicios oftalmológicos, auditivos y dentales y/o programas de salud y bienestar.
  - Debe cumplir con las reglas establecidas por Medicare.
  - Puede estipular diferentes cargos que el beneficiario debe pagar de su bolsillo y tener diferentes reglas en cuanto a cómo acceder a los servicios (por ejemplo, si se necesita una remisión médica para acudir a un especialista o si el asegurado puede acudir únicamente a ciertos médicos, centros o proveedores afiliados al plan para sus necesidades de atención médica que no constituyan una emergencia ni exijan atención de urgencia).
  - Las reglas de los planes individuales pueden cambiar cada año y lo hacen.
- 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) que es independiente o en el plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés).
  - Se les cobra a los pacientes una prima mensual que varía según el plan, y se debe pagar un deducible anual.
  - Se aplican coseguros o copagos.

- Para los beneficiarios con bajos ingresos y recursos limitados, se dispone de asistencia para pagar las primas (y también los deducibles y los copagos) correspondientes a los beneficios de medicamentos. Se puede obtener más información sobre este programa de ayuda para personas con necesidades económicas (denominado Extra Help) en [www.cms.gov/limitedincomeandresources](http://www.cms.gov/limitedincomeandresources) (en inglés).
- Una vez que un paciente haya pagado su deducible anual, lo máximo que pagará por los medicamentos cubiertos es el 25% de su costo. Se ha eliminado de manera gradual el denominado agujero de rosquilla (“donut hole”, en inglés), que limita la cobertura de medicamentos de modo que los pacientes tengan que pagar el 100% del costo de sus medicamentos de su bolsillo.

**TRICARE®.** TRICARE es el programa de atención médica que se dedica a los miembros activos y jubilados del servicio militar y a sus familias. Hay muchos tipos distintos de TRICARE disponibles según el estado de servicio militar y la ubicación de la persona. Para obtener información acerca de TRICARE, visite [www.tricare.mil](http://www.tricare.mil) (en inglés).

### **Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).**

Los beneficios para veteranos incluyen servicios de atención médica integral y otros beneficios para veteranos y dependientes de los miembros activos del servicio militar, así como para los dependientes de miembros jubilados o fallecidos. Los veteranos que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam o Corea podrían obtener ayuda del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, si tienen un diagnóstico que dicha agencia gubernamental reconozca como asociado al agente naranja. Para obtener más información, llame al Departamento de Asuntos de los Veteranos al (800) 749-8387 o visite [www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange](http://www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange) (en inglés). Para obtener información general acerca de este departamento gubernamental, llame al (800) 827-1000 o visite [www.va.gov](http://www.va.gov) (en inglés).

## **Opciones de seguros por discapacidad**

Los planes de seguro por discapacidad reemplazan los ingresos de las personas cuyas afecciones médicas les incapacitan para trabajar por un período de tiempo o de manera permanente. Hay diferentes tipos de seguro por discapacidad. Algunos planes privados de seguro por discapacidad pueden adquirirse directamente de una compañía de seguros y otros podrían estar disponibles a través de su 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 (SSDI, por sus siglas en inglés).** Esta opción es un programa de reemplazo de los ingresos para las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad. Llame al (800) 772-1213 o visite [www.ssa.gov/espanol](http://www.ssa.gov/espanol) para obtener más información.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).** Este programa ofrece un subsidio mensual a las personas con bajos ingresos que están discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Llame al (800) 772-1213 o visite [www.ssa.gov/espanol](http://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 ciertas afecciones médicas graves que cumplen los criterios de discapacidad que tiene establecidos. Dicha agencia gubernamental ha identificado una lista de estas enfermedades y afecciones médicas. En esta lista se encuentran varios tipos de cáncer de la sangre, entre ellos, la leucemia aguda, el linfoma no Hodgkin en adultos y el linfoma en niños. Para obtener más información, llame al (800) 772-1213 o visite [www.ssa.gov/compassionateallowances](http://www.ssa.gov/compassionateallowances) (en inglés).

**Cuentas de gastos flexibles y cuentas de ahorros para gastos médicos (FSA y HSA, por sus siglas en inglés).** Estas son cuentas especiales que permiten a las personas separar una cantidad de dinero no gravado (antes de impuestos) y usarlo para pagar sus gastos médicos. Muchos empleadores ofrecen opciones para estos tipos de cuentas a los empleados

inscritos en planes privados de seguro médico. Esto le otorga al participante la oportunidad de prepararse para pagar gastos médicos específicos y acumular beneficios tributarios.

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

A diferencia de una cuenta de gastos flexibles (FSA), los fondos de una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) no vencen. Estos fondos solo pueden usarse junto con un plan de seguro médico de deducible alto. El dinero de una cuenta de ahorros para gastos médicos también puede invertirse y, de ser necesario, puede transferirse con el beneficiario a otro trabajo.

## Cómo mantenerse organizado

Cuando obtenga una póliza de seguro médico, debe revisar el plan de seguro y verificar la información personal de todas las personas cubiertas por el plan.

Los titulares de las pólizas deberían:

- Leer la página de declaraciones (a menudo es la primera página de la póliza) y revisar la información.
- Revisar el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) y subrayar cualquier exclusión o límite de cobertura.
- Asegurarse de no pasar por alto ningún aditamento (cláusula adicional) ni formulario de endoso. 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 proactivas que los pacientes y sus familiares pueden tomar para aprovechar al máximo la cobertura de su seguro.

**1. No tenga miedo de hacer preguntas.** Nunca se sabe quién podría ayudarlo ni cómo podría hacerlo.

- Mantenga buenas relaciones con su médico, enfermero, trabajador social, el personal responsable de facturación en el centro médico y otras personas con quienes interactúa en sus citas de tratamiento. Si tiene un problema con una reclamación al seguro, algunas de estas personas tal vez puedan ayudarlo y abogar por usted.
- Cuestione todos los gastos 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.

**2. 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 pólizas del plan de salud con frecuencia para determinar qué servicios y medicamentos están cubiertos.

**3. Pida que la compañía de seguros le asigne un coordinador de casos.** Esta persona será el contacto directo para el paciente y sus familiares, la persona que responderá a sus preguntas acerca de las reclamaciones o la póliza. Si necesita recibir muchos tratamientos médicos, es útil contar con un coordinador de casos de la compañía de seguros para que usted hable siempre con la misma persona. También puede averiguar si su empleador tiene un asesor de beneficios o un representante de empleados que pueda ayudarlo, o usted mismo puede llamar a organizaciones, tales como la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, para pedir información y ayuda.

**4. Cree un sistema de archivo que funcione para usted.** Esto le permitirá encontrar información rápida y fácilmente. Guarde copias de todas las reclamaciones y la documentación correspondiente en una carpeta organizada por categorías. La misma incluirá las cartas explicativas de la necesidad médica, las facturas, los recibos, las solicitudes de licencia por enfermedad, 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 habló, un resumen de la conversación y la fecha.

**5. Emplee la tecnología como una herramienta de organización.** Algunas personas prefieren usar una computadora o un teléfono inteligente para llevar un registro de la información importante. Usted puede crear una hoja electrónica para hacer una lista de datos tales como los nombres de sus médicos, el monto (o los montos) pagado(s), el

estado de las reclamaciones al seguro, los números de autorización y cualquier otra información relevante. Un número cada vez mayor de sitios web y aplicaciones de teléfonos inteligentes ofrecen herramientas para ayudar a las personas a evaluar sus opciones y orientarse en el sistema de atención médica.

- 6. Planifique de antemano.** 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. También puede:
  - Verificar si es necesario obtener una preautorización o precertificación para recibir un procedimiento o tratamiento.
  - Acudir a un médico o centro médico dentro de la red de su plan, cuando sea posible, para evitar incurrir en gastos innecesarios de su bolsillo.
- 7. Conozca sus derechos.** Ciertas leyes 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 Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, la Ley de Ausencia Familiar y Médica y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ACA, COBRA, FMLA y ADA, por sus siglas en inglés). Vea la sección titulada *Protecciones federales de empleo* a partir de la página 18.
- 8. 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. Es posible que pueda declarar los gastos que no fueron reembolsados por el seguro cuando presente su declaración de impuestos. Esta información sobre gastos también podría presentarse a fin de efectuar pagos de una cuenta de gastos flexibles (FSA) o de ahorros para gastos médicos (HSA).

## Explicación de beneficios y denegación de cobertura de seguro médico

**Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).** Generalmente, después de que una persona recibe atención médica, el proveedor envía una reclamación a la compañía de seguros. La compañía de seguros se encarga de la reclamación y envía al paciente 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. No es una factura. Si el paciente tiene que pagar una parte de los costos restantes que no están cubiertos por el plan de seguro, el proveedor de servicios le enviará una factura separada. Si el plan de seguro le debe dinero, recibirá un reembolso. La explicación de beneficios también puede incluir el monto que el paciente ha pagado y que se aplica al monto de su deducible. La mayoría de los formularios de explicación de beneficios empiezan señalando 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 el paciente se comunique con el personal encargado de su plan al respecto.

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

**Formulario de explicación de beneficios.** En la página 15 hay una muestra de una explicación de beneficios (en inglés). Cada plan de seguro tiene una manera distinta de facilitar información en una explicación de beneficios. Si usted no entiende el contenido del documento, llame a la compañía de seguros y hable con un representante. Tal vez cuenten con representantes bilingües, o puede solicitar que le faciliten servicios de interpretación o que le ofrezcan una versión traducida del documento. Los números que se encuentran en círculos azules en la página 14 corresponden con los que se incluyen en la muestra de la explicación de beneficios (en la página 15).

- 1 **Oficina de tramitación de reclamaciones:** es la ubicación de la oficina de tramitación de reclamaciones. Puede escribir al servicio de atención al cliente a esta dirección.
- 2 **Información del servicio de atención al cliente:** es el número del servicio de atención al cliente al cual puede llamar para hacer preguntas sobre su reclamación.
- 3 **Número de la reclamación:** es el número único de identificación asignado a esta reclamación. Haga referencia a este número cuando llame o escriba a la compañía con respecto a esta reclamación.
- 4 **Nombre del grupo:** es el nombre de su grupo (por lo general, es el de su empleador).
- 5 **Número del grupo:** es el número de identificación de su grupo. Haga referencia a este número cuando llame o escriba a la compañía con respecto a su reclamación.
- 6 **Información del miembro:** esto podría incluir el nombre y el número de seguro social del miembro, el número de identificación del paciente u otro número de identificación.
- 7 **Proveedor:** es el nombre de la persona o la organización que presta el servicio o provee los suministros médicos.
- 8 **Fechas de servicio:** es la fecha (o las fechas) en la(s) que se prestaron los servicios.
- 9 **Código de procedimiento:** se trata de los códigos correspondientes a la terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT, en inglés) enumerados en la factura del proveedor.
- 10 **Monto facturado:** es el monto que el proveedor factura por los servicios.
- 11 **Monto permitido (cubierto):** es el monto total que el proveedor aceptará por el servicio.
- 12 **Gastos no cubiertos:** son los cargos que no reúnen los requisitos para estar cubiertos por los beneficios conforme al plan.
- 13 **Código de comentario (abreviado “rmk”, en inglés):** es el código relacionado con el monto correspondiente a los “gastos no cubiertos”. También se emplea para solicitar más información o proporcionar más explicaciones en cuanto al monto correspondiente a la reclamación. Puede tener un nombre distinto en otros formularios de explicación de beneficios.
- 14 **Monto deducible:** es el monto de los gastos permitidos que se aplica al deducible de su plan y que debe pagarse antes de que empiece el pago de los beneficios.
- 15 **Monto del coseguro:** el miembro paga de su bolsillo una parte específica de los gastos de atención médica cubiertos. Esta cantidad se determina según la póliza de su plan de salud. En este ejemplo se muestra lo que un paciente pagaría con un plan 80/20.
- 16 **Responsabilidad del paciente:** es el monto que debe el paciente, o el miembro del plan de seguro, después de que el asegurador ha pagado todo lo demás.
- 17 **Descripción del código de comentario:** es una nota del administrador del plan de seguro que explica en más detalle los costos, los gastos y los montos pagados por su consulta.
- 18 **Pago enviado a:** es la persona u organización a la cual se le pagan los beneficios.
- 19 **Estado del plan:** es la situación con respecto a los deducibles o gastos de su bolsillo correspondientes al año actual.
- 20 **Pago total:** se refiere a lo que la compañía de seguros pagó al proveedor en nombre del paciente.

Para entender lo que es la responsabilidad del paciente (#16), fíjese primero en el monto permitido (“allowed amount”, o sea el monto que el proveedor dentro de la red accedió a recibir como pago por brindar tratamiento a los pacientes con este plan de seguro médico). Entonces, como el paciente satisfizo el deducible, el seguro cubre el 80% (la columna de beneficios aprobados o “Benefits Approved”) y el paciente es responsable del 20% (la columna de monto del coseguro o “Co-Insurance Amount”). Al sumar los montos, la cantidad total que debe pagar el paciente es todo lo que no está cubierto (\$37.01, en la columna de “Not Covered”) más el monto del coseguro (\$5.63). La responsabilidad del paciente es \$42.64.

Una explicación de beneficios no es una factura, por lo que no se debe realizar ningún pago con base en la información que se encuentra en ese documento. El hospital o el proveedor facturará al paciente si es que hay un saldo pendiente.

**1** Insurance Company  
PO Box 0  
Lubbock, TX 79493-3670

**Forwarding Service Requested**

\*\*\*\*\*SNGLP 630  
16 1 SP 0.460  
JUANA MUESTRA  
123 MAIN STREET  
HOMETOWN, IA 50701

**Your cooperation is needed to stop fraud!**  
If these services were not rendered, please contact Insurance Company immediately at the number above.

**Explanation of Benefits**

RETAIN FOR TAX PURPOSES  
THIS IS NOT A BILL

**2 Customer Service**  
Questions for Customer Service, please call 866-555-7326 between the hours of 8:00 am – 6:00 pm CST Or visit us at our website.

**4 Participant Information**  
**Group:** BETTER LIVING WITH FLOWERS  
**Group No.:** 2999999  
**Location No.:** 004  
**Location:** HH  
**Enrollee:** Juana Muestra  
**Enrollee ID:** \*\*\*-\*\*-9999  
**Plan No.:** 04021  
**Paid Date:** 2/22/2022

**3 Claim #:** 91239999-01 **7 Patient#:** 99123567  
**8 Patient:** JUANA MUESTRA **12 Provider:** MIDDLE IOWA REGIONAL MEDICAL CTR

8 Dates of Service	9 Procedure Code	10 Amount Billed	11 Allowed Amount	12 Not Covered	13 Rmk Code	14 Deductible Amount	15 Co-Insurance Amount	Benefits Approved	
01/22-01/18/2022	1-2-1	\$37.01	\$0.00	\$37.01	N130	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
01/22-01/18/2022	1-2-1	\$84.00	\$14.55	\$0.00		\$0.00	\$2.91	\$11.64	
01/22-01/18/2022	1-2-1	\$34.99	\$13.62	\$0.00		\$0.00	\$2.72	\$10.90	
<b>Claim Totals</b>		\$156.00	\$28.17	\$37.01		\$0.00	\$5.63	\$22.54	
<b>16 Patient's Responsibility:</b> \$42.64								<b>20 Total Payment</b>	\$22.54
<b>Other Credits or Adjustments</b>								\$0.00	

**17 Remark Code Description**  
N130 This service/equipment/drug is not covered under the patient's current benefit plan.

**18 Payment Details**

Paid To	Check No.	Amount
MIDDLE IOWA REGIONAL MED CTR	00011234	\$22.54

**19 Plan Status**  
\$500.00 of \$500.00 Individual Deductible has been met for 2022  
\$1,078.00 of your \$1,500.00 Family Deductible has been met for 2022  
\$730.00 of your \$1,500.00 Individual Out-of-Pocket has been met for 2022  
\$1,800.00 of your \$3,000.00 Family Out-of-Pocket has been met for 2022

**Denegación de cobertura de seguro médico.** Si una compañía de seguros deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, es posible que el paciente pueda hacer que la decisión se revoque al presentar una apelación. Antes de presentar una apelación, tal vez le convenga comunicarse con su asegurador para averiguar por qué se denegó el pago. La razón podría ser un error, por ejemplo, un error de codificación. Vea la planilla titulada **Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico** en la página 31.

Sin embargo, si el pago se denegó por otra razón (por ejemplo, porque la compañía de seguros quiere que usted use el medicamento genérico mientras que su médico quiere que siga usando el de marca o porque el asegurador no considera que un tratamiento fue necesario por razones médicas), entonces usted puede apelar la decisión. Es importante presentar toda la documentación requerida y los documentos clave dentro de los plazos establecidos para mejorar la probabilidad de una apelación exitosa. Los pacientes o sus defensores deben mantener un registro de:

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

A partir de los años de los planes de atención médica que se iniciaron después del 1 de julio de 2011, a las compañías de seguros que deniegan el pago de un tratamiento o servicio se les exige que realicen apelaciones internas a pedido del paciente dentro de los siguientes plazos específicos:

- 72 horas después de recibir una apelación por servicios de atención médica de urgencia
- 30 días por servicios de atención que no son urgentes y que el paciente aún no ha recibido
- 60 días por servicios que el paciente ya ha recibido

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

**El proceso de apelación.** Si usted opta por llamar a su asegurador, las siguientes preguntas podrían resultarle útiles al apelar una denegación de cobertura:

1. ¿Puede enviarme una copia de la carta informativa de la denegación?
2. ¿Cuál es el motivo específico de la denegación de la reclamación al seguro? (Esta información debería estar incluida en la carta informativa de la denegación).
3. ¿Puedo obtener por Internet una copia actualizada del documento del plan y del resumen de beneficios y cobertura del plan (SBC, por sus siglas en inglés)? Si no, ¿cómo puedo obtener una copia de esa información? ¿Puede enviármela por correo postal?
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. ¿Cuáles son los pasos por seguir para solicitar una revisión médica externa? (Una revisión médica externa 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?

En la mayoría de los casos, hay tres niveles de apelación:

- Una revisión interna de parte del asegurador (el primer nivel).
- Una apelación al asegurador, si la primera es denegada (el segundo nivel). Esa apelación será revisada por personas que no participaron en la primera apelación.
- Si esa apelación también es denegada, se realiza una apelación externa a una organización independiente (el tercer nivel). Para empezar este tipo de apelación, puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en su estado, que podría remitirlo a una organización independiente que pueda administrar este nivel de apelación. Usted también puede optar por obtener la ayuda de un trabajador social o un abogado.

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

Visite el sitio web de la Fundación Defensora del Paciente en [www.patientadvocate.org/es](http://www.patientadvocate.org/es) para obtener más información y recursos en cuanto al proceso de apelación a una compañía de seguros.

## Asistencia económica

Hay varias maneras de obtener asistencia económica para sus gastos relacionados con el tratamiento. Algunas organizaciones también pueden ayudarlo con los costos de transporte, vivienda o medicamentos recetados. Use la planilla titulada **Registro de la asistencia económica** en la página 33 para mantener organizada esta información. Es importante trabajar en colaboración estrecha con el departamento de servicios financieros del centro de tratamiento para obtener el máximo reembolso posible de la compañía de seguros.

Las siguientes estrategias lo ayudarán a obtener los fondos para el pago de sus gastos de tratamiento:

- Negocie con los profesionales médicos para reducir o exonerar los costos médicos o ajustar el esquema de los pagos en casos de dificultades económicas.
- Solicite subsidios 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 actividades de recaudación de fondos, ventas, rifas, colectas de donaciones o campañas de redacción de cartas y publicitarias.
- Liquide los beneficios de sus pólizas de seguro de vida a través de préstamos de las mismas, acuerdos viáticos (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, los cuales pueden proveer desembolsos de dinero a titulares de pólizas que tienen una enfermedad grave. Asegúrese de consultar sobre este tipo de estrategia con un asesor financiero antes de implementarla.
- Emplee herramientas en línea y las redes sociales. Tal vez le convenga organizar una campaña de recaudación de fondos a través de sitios web como [www.youcaring.com](http://www.youcaring.com) o [www.gofundme.com](http://www.gofundme.com) (en inglés). Tenga en cuenta que el uso de estas opciones podría ocasionar la pérdida de la asistencia pública, así como otros asuntos problemáticos.

### Recursos de asistencia económica de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma.

LLS tiene recursos para los pacientes que necesitan asistencia económica.

- El *Programa de Asistencia para Copagos* de LLS ayuda, a los pacientes que reúnen los requisitos, a pagar el costo de las primas del seguro y los copagos de medicamentos recetados, pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, análisis médicos, etc. Para obtener más información, llame al (877) 557-2672 o visite [www.LLS.org/copagos](http://www.LLS.org/copagos) para presentar una solicitud (el portal de solicitud está en inglés).
- Los Especialistas en Información de LLS ofrecen información sobre otros tipos de programas de asistencia económica para gastos aparte de los copagos. Llame al (800) 955-4572 para comunicarse con nuestros Especialistas en Información. Puede obtener más información acerca de los aspectos financieros de la atención médica en [www.LLS.org/asuntos-financieros](http://www.LLS.org/asuntos-financieros).
- La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma forma parte de la Coalición de Asistencia Económica para Pacientes con Cáncer (C-FAC, por sus siglas en inglés), la cual promueve la comunicación y colaboración entre sus organizaciones miembros que se han aliado para abordar las necesidades de los pacientes con cáncer. Este grupo ofrece educación a los pacientes y proveedores acerca de los recursos, y aboga por los pacientes con cáncer que enfrentan las cargas financieras de la atención médica para el cáncer. Para utilizar este recurso, visite [www.cancerfac.org](http://www.cancerfac.org) (en inglés).

**Ayuda con los medicamentos recetados.** Puede que los planes de seguro médico no cubran el costo total de la atención médica para el cáncer. No obstante, hay diversos recursos para las personas que necesitan obtener asistencia con el pago de los medicamentos recetados.

Los pacientes que tienen planes de medicamentos recetados a veces descubren que la lista de medicamentos cubiertos por su plan no incluye

algunos medicamentos que necesitan. Este listado (denominado “formulary”, en inglés):

- Enumera los medicamentos recetados que han sido aprobados por un gobierno estatal, plan de salud u hospital.
- Suele incluir procesos que permiten el acceso a medicamentos que no aparecen en dicha lista cuando se documentan como necesarios por razones médicas. El patrocinador del 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 titulada *Denegación de cobertura de seguro médico* en la página 16).

A las personas que no tienen un seguro adecuado que cubra el costo de los medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer tal vez les convenga explorar las siguientes opciones:

- Los grandes fabricantes farmacéuticos ofrecen ayuda económica a los pacientes o programas de asistencia para medicamentos recetados. Tanto los pacientes con seguro médico como aquellos sin él podrían recibir medicamentos de forma gratuita o a costo reducido de estas compañías farmacéuticas. Comuníquese con la organización RxAssist, por medio de su sitio web en [www.rxassist.org](http://www.rxassist.org) (en inglés), para obtener una lista actualizada de los programas de asistencia para medicamentos recetados que están a disposición de los pacientes. También puede comunicarse con la organización Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (PPA, por sus siglas en inglés) mediante [www.pparx.org/es](http://www.pparx.org/es) para hallar un programa de asistencia para medicamentos recetados que satisfaga sus necesidades.
- La Asociación Nacional de Condados (NACo, en inglés) y muchos otros programas estatales también ofrecen información sobre maneras de reducir los costos de los medicamentos. Visite su sitio web en [www.naco.org](http://www.naco.org) (en inglés; haga clic en “Cost Saving Tools” en la pestaña “Resources”).
- Los programas de asistencia para copagos ofrecidos por organizaciones y fundaciones ayudan a pagar las obligaciones de copago de los medicamentos recetados o las primas de los planes de seguro.

Comuníquese con un Especialista en Información de LLS, al (800) 955-4572, para obtener información acerca de nuestro *Programa de Asistencia para Copagos* u otros programas de este tipo.

## Protecciones federales de empleo

Estos programas pueden brindar asistencia a los pacientes que reúnen los requisitos, y a sus familias y cuidadores, en cuanto a las ausencias autorizadas del trabajo y las adaptaciones o “acomodaciones” 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 y sus enmiendas).

Por lo general, los empleados no están obligados a revelar que tienen un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, si una persona trata de obtener la protección de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 o de la Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (ADA y FMLA, por sus siglas en inglés), los empleadores podrían necesitar cierta información acerca de la afección médica de la persona para poder certificar que reúne los requisitos para recibir esas protecciones.

### Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

Esta es una extensa ley federal de derechos civiles que prohíbe la discriminación por razones de discapacidad. Esta ley garantiza la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades en cuanto a:

- Empleo
- Adaptaciones en establecimientos públicos
- Transporte
- Servicios gubernamentales estatales y locales
- Telecomunicaciones

La ADA define la discapacidad como:

- Un impedimento físico o mental que limite considerablemente 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 dicho impedimento
- El hecho de que otros consideren que la persona tienen un impedimento

Para obtener más información acerca de la ADA, visite <https://www.eeoc.gov/es/discriminacion-por-discapacidad> o llame al (800) 669-4000.

Las personas con discapacidades también pueden estar protegidas por las leyes estatales antidiscriminación, que en algunos casos ofrecen mayor protección que las leyes federales. Para obtener más información sobre los derechos conforme a las leyes estatales, consulte la página web del Departamento de Trabajo (DOL, en inglés) en [www.dol.gov/dol/location.htm](http://www.dol.gov/dol/location.htm) o consulte la tabla sobre leyes estatales ofrecida por Triage Cancer en <https://triagecancer.org/employment-state-laws> (ambas páginas están en inglés). Para obtener más información sobre las adaptaciones razonables, visite el sitio web de la organización Red de Acomodación en el Empleo (JAN, por sus siglas en inglés) en [www.askjan.org](http://www.askjan.org) o llame al (800) 526-7234. (El sitio web está en inglés, pero se ofrece información en español en <https://askjan.org/espanol/Preguntas-Frecuentes.cfm>).

**Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas 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 siguen recibiendo su cobertura de seguro médico grupal conforme a los mismos términos y condiciones como si no se hubieran tomado licencia del trabajo.

Los empleados que reúnen los requisitos tienen derecho a los siguientes períodos de licencia conforme a la FMLA.

- Doce semanas laborales de licencia en un período de 12 meses para atender a:
  - Su propia afección grave que le impide cumplir con las funciones esenciales de su trabajo
  - Un cónyuge, hijo/a, padre o madre que tenga una afección grave de salud
- Veintiséis 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 y que sea el cónyuge, hijo/a, padre/madre o familiar más cercano del empleado (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 de 1993 (FMLA). 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 a un familiar, independientemente de dónde vivan.

Existen tres tipos de licencia conforme a la FMLA:

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

Para obtener 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.

Nuestros Especialistas en Información pueden proporcionar a los pacientes más información acerca de estos programas y recomendarles organizaciones apropiadas para obtener más asistencia. Para consultar otras organizaciones que puedan ser de ayuda, visite la página web de LLS en [www.LLS.org/resourcedirectory](http://www.LLS.org/resourcedirectory) (en inglés).

## Apoyo y defensa

Abogar por usted mismo si tiene cáncer, o por un ser querido con cáncer, es algo importante. Esto implica hablar y/o escribir en apoyo de una causa. Puede que le interese abogar por políticas que puedan facilitar más beneficios y protecciones a las personas con cáncer, o que quiera apoyar políticas que promuevan un progreso más rápido hacia el logro de curas para los tipos de cáncer de la sangre. Para obtener más información sobre las maneras en que puede abogar por cambios en las políticas estatales y federales, comuníquese con el personal del programa de

apoyo y defensa de LLS por correo electrónico a [advocacy@LLS.org](mailto:advocacy@LLS.org) o visite [www.LLS.org/advocacy](http://www.LLS.org/advocacy) (en inglés).

**Hable sobre los asuntos del seguro médico y de las finanzas.** Hable con los miembros del equipo de profesionales médicos encargados de su atención sobre la cobertura de su seguro para todas las pruebas, tratamientos y procedimientos que necesita. Coménteles toda inquietud que pueda tener en cuanto a su capacidad para pagar cualquier gasto relacionado con su atención que haya que pagar de su bolsillo. Podrían ayudarlo ellos mismos o recomendarle recursos que puede consultar para obtener orientación y apoyo adecuados.

Puede que se sienta incómodo al compartir información sobre sus finanzas personales con los miembros del equipo de profesionales médicos. Sin embargo, podría ser necesario que comparta esta información y que haga preguntas, de manera que puedan resolverse sus preocupaciones financieras. Es importante que limite el estrés tanto como sea posible y se asegure de que pueda obtener los tratamientos, medicamentos recetados y servicios de apoyo necesarios. Es probable que le resulta útil que:

- Hable sobre sus opciones de pago con los miembros del equipo de profesionales médicos o con el personal del departamento de servicios financieros.
- Hable con su médico sobre el costo de cualquier medicamento nuevo que le recete.
- Pregunte cómo encontrar información por Internet sobre programas de asistencia para los medicamentos recetados (vea la sección titulada *Ayuda con los medicamentos recetados* en la página 17).
- Consulte con su compañía de seguros para averiguar si su medicamento está cubierto en su lista de medicamentos aprobados (formulary, en inglés).
- Hable con su médico sobre sus medicamentos. (Si los medicamentos que toma no son formulaciones genéricas, pregunte si se dispone de opciones genéricas y, si es así, si estas se le pueden recetar con toda seguridad).
- Pida que revisen la lista de sus medicamentos para averiguar si está tomando alguno que sea innecesario en su caso.
- Pregunte a los miembros del equipo de profesionales médicos sobre la posibilidad de que

programen sus tratamientos tomando en cuenta su horario laboral (si usted trabaja y tiene previsto seguir trabajando durante el tratamiento).

- Hable acerca de la decisión de divulgar o no su diagnóstico en el trabajo, especialmente antes de pedirles a los miembros del equipo de profesionales médicos que hagan los trámites en relación con una licencia por razones médicas, adaptación razonable o discapacidad.
- Solicite que lo remitan a un trabajador social, orientador o coordinador de casos.

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
- Recomendarle programas de asistencia
- Ofrecerle orientación sobre cómo presentar toda la documentación requerida por Medicare o Medicaid
- Ayudarlo a averiguar acerca de organizaciones que pueden brindar asistencia 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/espanol](http://www.hud.gov/espanol)

**Identifique a la persona que puede ser su defensor.** Identifique a alguien (su padre o madre, hijo, amigo, familiar, socio, etc.) que pueda ayudarlo a pagar sus facturas a tiempo, manejar la comunicación y trámites relacionados con la compañía de seguros y gestionar otros asuntos financieros.

Su defensor debería ser una persona organizada y responsable, alguien en quien usted pueda confiar. Un defensor puede ayudarlo a manejar los aspectos económicos de la atención médica y ofrecerle apoyo emocional. Para obtener más información sobre cómo enfrentarse al cáncer, consulte la publicación gratuita de LLS titulada *Cada Día Nuevo: consejos para sobrellevar el cáncer de la sangre* (puede consultarla en [www.LLS.org/materiales](http://www.LLS.org/materiales) o pedir una copia de la misma comunicándose con un Especialista en Información).

## Cómo obtener la ayuda que necesita

**Formas en que pueden ayudar los familiares y amigos.** Si tiene familiares y/o amigos confiables y responsables que pueden hacer algunas cosas por usted, pídale ayuda. Los familiares y amigos pueden:

- Organizar actividades de recaudación de fondos
- Establecer un sistema de registro para dar seguimiento a las facturas y reclamaciones al seguro que han sido presentadas, que están pendientes o que han sido pagadas
- Llamar a agencias públicas y privadas para determinar los requisitos para ser beneficiario de programas de asistencia económica, de subvención gubernamental y otros beneficios y servicios
- Reunir documentos para respaldar las reclamaciones al seguro y las apelaciones en casos de denegaciones, y hacer cualquier seguimiento necesario con la compañía de seguros

**Cuidado de dependientes.** Tal vez sea necesario iniciar el tratamiento de inmediato. Esto puede ser abrumador y resulta difícil permanecer organizado. Usted tendrá que recordar hacer planes para:

- Conseguir transporte para sus hijos, a la escuela y a 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 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 sus hijos o a sus padres de edad avanzada

Podría resultarle útil:

- Usar programas por Internet, tales como el sitio web del calendario asistencial en <http://lotsahelpinghands.com> (en inglés), para organizar y programar la ayuda de parte de familiares y amigos
- Hablar con otros pacientes en el centro de tratamiento para obtener ideas sobre cómo manejar las responsabilidades
- Preparar una lista de las personas que forman parte de su red de apoyo, entre ellos, amigos, familiares, miembros de la iglesia y voluntarios que puedan ayudarlo regularmente o en casos de emergencia

- Conversar con otras personas de la Comunidad de LLS en [www.LLS.org/community](http://www.LLS.org/community) o mediante las sesiones de chat por Internet de LLS en [www.LLS.org/chat](http://www.LLS.org/chat) (estos servicios y páginas web están en inglés)
- Consultar con agencias locales para identificar formas de brindar apoyo a los demás miembros de su familia
- Llevar un cuaderno para anotar toda la información de contacto de sus médicos, así como la información respecto del seguro, las facturas médicas, la asistencia por discapacidad, etc.

Es difícil de creer que así será su vida por un tiempo. Las siguientes son cosas que podrían ser difíciles de hacer, pero reducirán su nivel de estrés.

- Relajar sus estándares, por ejemplo, reconocer que es aceptable:
  - Mantener la casa menos limpia de lo normal
  - Tener menos comidas preparadas en el hogar
  - Esperar menos (o cosas diferentes) de parte de su 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)

### Formas en que pueden ayudar los profesionales.

El personal de las organizaciones nacionales que brindan apoyo a las personas con cáncer puede ayudar a los pacientes a abogar por sí mismos de manera más eficaz. Estos profesionales pueden ofrecer asesoramiento experto en cuanto a cómo:

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

Los Especialistas en Información de LLS pueden ofrecer asesoramiento experto y/o ayudarlo a encontrar otras organizaciones que ofrecen asistencia a los pacientes con cáncer. Para comunicarse con nuestros Especialistas en Información, llame al (800) 955-4572.



## Listas de comprobación para los asuntos financieros

Esta sección incluye listas de comprobación que pueden ser útiles al considerar los asuntos financieros que surgen después de haber recibido un diagnóstico de cáncer de la sangre. Utilice estas listas para llevar un registro de las preguntas que quiere hacer al equipo de profesionales médicos encargados de su atención y a los miembros del equipo de profesionales financieros. Mantenerse organizado ayuda a reducir muchos factores de estrés financiero y le permite concentrarse en sentirse mejor. Para obtener más copias de las siguientes planillas, visite [www.LLS.org/planillas](http://www.LLS.org/planillas).

	PARTE 1: Preparación ante los gastos	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	He pensado en los gastos médicos previstos.	
<input type="checkbox"/>	He tomado en cuenta las repercusiones del tratamiento y la recuperación sobre los ingresos del hogar.	
<input type="checkbox"/>	He tomado en cuenta los gastos adicionales relacionados con el tratamiento y la recuperación, tales como el transporte y el cuidado infantil.	
<input type="checkbox"/>	He pensado en reducir o eliminar los gastos que no sean esenciales.	
<input type="checkbox"/>	He investigado las opciones de seguros por discapacidad, ante la posibilidad de que sean necesarias durante mi tratamiento y recuperación.	
<input type="checkbox"/>	He verificado si tengo seguro para pagos de hipoteca inmobiliaria o de automóvil para ayudar a cubrir los gastos durante un período de enfermedad.	
<input type="checkbox"/>	He evaluado las opciones de préstamos de seguros de vida y otros programas para ayudar a cubrir los gastos.	
<input type="checkbox"/>	Sé que debo hablar con mis acreedores con anticipación si voy a tener dificultades para realizar mis pagos.	
<input type="checkbox"/>	He revisado los beneficios ofrecidos por mi empleador con respecto a las discapacidades, licencias del trabajo y la cobertura de COBRA (y tengo una copia de esa información).	
<input type="checkbox"/>	Tengo información sobre mis derechos como empleado.	

	<b>PARTE 2: Organización</b>	<b>Comentarios/notas</b>
<input type="checkbox"/>	Cuento con un defensor (uno de mis familiares, un amigo u otra persona de confianza) que me puede ayudar a volverme y mantenerme organizado.	
<input type="checkbox"/>	Conozco los nombres de mis médicos/enfermeros/trabajadores sociales y sé cómo comunicarme con ellos.	
<input type="checkbox"/>	Guardo y organizo todos mis registros médicos y copias de los resultados de mis pruebas médicas. Asimismo sé cómo acceder a los mismos por medio de los portales en Internet para pacientes.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuál es la información que tengo que guardar a efectos fiscales (para mi declaración de impuestos).	
<input type="checkbox"/>	He llevado un registro de todas las personas con las que he hablado y cuándo hablé con ellas con respecto a los asuntos de seguros, preguntas sobre pagos u otros detalles en cuanto a mis registros médicos.	
	<b>PARTE 3: Beneficios para el pago del tratamiento</b>	<b>Comentarios/notas</b>
<input type="checkbox"/>	Sé cómo voy a pagar por el tratamiento.	
<input type="checkbox"/>	Si no tengo seguro médico, voy a informarme acerca de los posibles recursos disponibles en <a href="http://www.cuidadodesalud.gov">www.cuidadodesalud.gov</a> .	
<input type="checkbox"/>	Si la cobertura de mi seguro médico tiene carencias, voy a averiguar cuáles son los posibles recursos disponibles.	
<input type="checkbox"/>	Conozco los gastos de seguro médico que pago (copagos, coseguros, deducibles) cada mes/año y el monto máximo que hay que pagar de mi bolsillo conforme a mi plan. Vea la página 27.	
<input type="checkbox"/>	Tengo una copia, o sé dónde obtener una copia, de mi plan de seguro o del resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés).	
<input type="checkbox"/>	Conozco los beneficios oncológicos de mi plan de seguro médico y qué tratamientos y cargos están cubiertos, parcialmente cubiertos y no cubiertos.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuándo necesito obtener una remisión de mi médico (para acudir a especialistas).	
<input type="checkbox"/>	Sé que mi(s) médico(s) está(n) cubierto(s) por mi seguro médico.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado a mi compañía de seguros acerca de la cobertura para recibir una segunda opinión.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuáles consultas/procedimientos de parte de mi médico o del especialista están cubiertos por mi seguro médico.	
<input type="checkbox"/>	Sé el plazo previsto de mi tratamiento.	

	<b>PARTE 4: Autorizaciones del tratamiento</b>	<b>Comentarios/notas</b>
<input type="checkbox"/>	Sé por qué se está realizando el procedimiento médico.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuándo tengo que llamar a la compañía de seguros para obtener una preautorización/precertificación.	
<input type="checkbox"/>	Cuento con una preautorización/precertificación para el tratamiento (si es necesaria).	
<input type="checkbox"/>	Sé el plazo durante el cual debe realizarse el procedimiento/tratamiento antes de que venza la preautorización/precertificación.	
<input type="checkbox"/>	Tengo un coordinador de casos en la compañía de seguros con quien puedo hablar directamente si tengo alguna inquietud.	
<input type="checkbox"/>	He hablado acerca de las opciones de pago con el consultorio de mi médico y/o el departamento de facturación del hospital.	
<input type="checkbox"/>	Sé que puedo presentar una apelación ante la compañía de seguros si se me niega un tratamiento o procedimiento, y puedo buscar ayuda externa si es necesario.	
	<b>PARTE 5: Medicación</b>	<b>Comentarios/notas</b>
<input type="checkbox"/>	Conozco mi plan de medicamentos recetados y sé cómo averiguar si un medicamento está cubierto o no.	
<input type="checkbox"/>	Los medicamentos que me han recetado están cubiertos por mi plan de medicamentos recetados.	
<input type="checkbox"/>	Sé si tengo un beneficio que cubre las farmacias de servicio por correo y si se exige que los medicamentos se dispensen por correo.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado acerca de los programas que ayudan con el acceso a los medicamentos y los copagos para los cuales reúno los requisitos.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado a mi médico si hay formulaciones genéricas de los medicamentos que tomo y, si es así, si puede recetarme las opciones genéricas para ahorrar dinero.	
<input type="checkbox"/>	Solicitaré una excepción (por parte de mi compañía de seguro médico) si un medicamento recetado no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos (formulary, en inglés) de mi plan.	
<input type="checkbox"/>	Si tengo cobertura de Medicare, sé cuándo reuniría los requisitos para cambiar mi plan de medicamentos recetados (la Parte D) para satisfacer mis necesidades cambiantes de medicamentos.	



# Lista de comprobación de los costos del seguro médico y formulario de presupuesto

## Planilla de presupuesto

### Paso 1: entienda los costos de su seguro médico

Para estimar el costo de la atención médica, usted debe entender su plan de seguro médico. Use esta tabla para resumir todos los detalles del plan en un solo lugar.

<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 proveedores de 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>Monto máximo de gastos de su bolsillo</b>	Por persona por año: \$ _____	Por familia por año: \$ _____																					
<b>Copagos y/o coseguro</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Copago</b></th> <th><b>Coseguro</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consultas de atención primaria:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Consultas con especialistas:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Hospitalización:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Sala de emergencia:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Atención de urgencia:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos recetados:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> </tbody> </table>			<b>Copago</b>	<b>Coseguro</b>	Consultas de atención primaria:	\$ _____	_____ %	Consultas con especialistas:	\$ _____	_____ %	Hospitalización:	\$ _____	_____ %	Sala de emergencia:	\$ _____	_____ %	Atención de urgencia:	\$ _____	_____ %	Medicamentos recetados:	\$ _____	_____ %
	<b>Copago</b>	<b>Coseguro</b>																					
Consultas de atención primaria:	\$ _____	_____ %																					
Consultas con especialistas:	\$ _____	_____ %																					
Hospitalización:	\$ _____	_____ %																					
Sala de emergencia:	\$ _____	_____ %																					
Atención de urgencia:	\$ _____	_____ %																					
Medicamentos recetados:	\$ _____	_____ %																					
<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 monto máximo de gastos de su bolsillo (individual) Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del monto máximo de gastos de su bolsillo (familiar)																						

Una vez que esté preparado el plan de tratamiento, hable con el departamento financiero del centro de tratamiento sobre los costos estimados y las opciones de planes de pago a fin de estimar mejor sus costos de seguro médico.

## Paso 2: tenga previsto los gastos mensuales

Para preparar un presupuesto mensual, complete la siguiente tabla. A medida que pague sus facturas, anote los montos reales.

### Cambios de los gastos para considerar

- Transporte y alojamiento para el cuidador y el paciente, si el centro de tratamiento está lejos de casa
- Gastos médicos adicionales, tales como suplementos nutricionales, medicamentos de venta libre, productos para la higiene, peluca, etc.
- Cuidado infantil y/o de mascotas para cuando esté fuera de casa para el tratamiento o las citas médicas

### Consejos para reducir los gastos

- Compare los precios de diferentes planes telefónicos/de cable o de seguros del hogar.
- Pida ayuda a sus familiares y amigos para el cuidado infantil o de mascotas.
- Use cupones para la compra de comestibles; ahorre dinero comiendo en casa en lugar de restaurantes.
- Solicite asistencia económica a los programas ofrecidos por el gobierno o las organizaciones sin fines de lucro.
  - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) para conseguir cupones para alimentos
  - Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
  - Programas de asistencia para medicamentos recetados
  - Programas de asistencia para copagos

Gastos mensuales	Monto previsto	Monto real
Prima del seguro médico y otras facturas médicas previstas		
Alquiler/hipoteca		
Servicios públicos (electricidad, gas, agua)		
Comestibles/comidas		
Teléfono/celular		
Cable/Internet/servicios de emisión en continuo		
Transporte (pago del automóvil, combustible, pasaje de autobús)		
Pago de deudas (tarjetas de crédito/préstamos)		
Primas de otros seguros (automóvil/vida)		
Limpieza del hogar/cuidado del césped		
Cuidado infantil		
Otros gastos		
<b>Total de gastos mensuales</b>		

### Paso 3: determine sus ingresos

Fuentes de ingresos mensuales	Monto previsto	Monto real
Sueldo (ingreso neto*)		
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 mensuales</b>		

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

#### Cambios de los ingresos para considerar

- Cuando determine los ingresos, recuerde considerar los salarios no percibidos (la pérdida de ingresos) debido a los períodos de licencia del trabajo para el tratamiento.

#### Consejos para complementar los ingresos

- Si el paciente no puede trabajar debido al tratamiento, considere solicitar el Seguro por Incapacidad del Seguro Social u otras opciones de seguro por discapacidad para reponer el ingreso perdido.

### Paso 4: finalice el presupuesto

	Monto previsto	Monto real
<b>Total de ingresos mensuales:</b>		
<b>Total de gastos mensuales:</b>		
<b>Total después de los gastos: (el total de ingresos menos el total de gastos)</b>		

Ahora que ya ha completado la planilla de presupuesto, siga usándola para calcular los gastos e ingresos reales y hacer los ajustes necesarios. Considere la posibilidad de depositar todo el ingreso que haya quedado, después de haber pagado sus gastos, en una cuenta de ahorros como respaldo en caso de que surjan gastos imprevistos o ante la pérdida de futuros ingresos.

**Para obtener más información sobre los programas de asistencia económica que están disponibles, comuníquese con un Especialista en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma al (800) 955-4572 o visite [www.LLS.org/asuntos-financieros](http://www.LLS.org/asuntos-financieros).**



## Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico

Paso/medida	Fecha	Nombre e información de contacto	Comentarios/notas
<b>Antes de iniciar la apelación</b>			
Fecha del servicio (en la cual se recibió el servicio médico) y qué servicio se recibió			
Envié la reclamación al proveedor de seguros			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros (explicación de beneficios y/u otras comunicaciones escritas)			
Si la reclamación fue denegada, fecha en la que hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí la documentación de apoyo que necesito			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
<b>Apelación interna</b>			
Envié a la compañía de seguros mi primer formulario de apelación (primera apelación interna)			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros			
Si la apelación interna fue denegada, recibí una explicación por escrito del proveedor de mi plan exponiendo las razones por las cuales denegaron mi reclamación			
Presenté mi segundo formulario de apelación (segunda apelación interna; solo en casos en los cuales la ley estatal o la política de la compañía lo exige)			
Si la reclamación fue denegada, hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí cualquier otra documentación de apoyo			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
<b>Apelación externa</b>			
Presenté los formularios y la documentación para la apelación externa a la institución correspondiente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage Cancer cuenta con la información de contacto de diversos recursos en cada estado, disponible en <a href="http://www.triagecancer.org/stateresources">www.triagecancer.org/stateresources</a> (en inglés)</li> </ul>			
Recibí una respuesta a mi apelación externa de parte de la organización/entidad de revisión independiente			

Este formulario es una adaptación del Health Insurance Appeal Tracking Form ©2014 de Triage Cancer. El formulario original está disponible en: [www.triagecancer.org/AppealTrackingForm](http://www.triagecancer.org/AppealTrackingForm).



## Registro de la asistencia económica

Asistencia/ organización	Fecha de envío de la solicitud	Estado de la solicitud	Frecuencia de la asistencia Por ejemplo: <i>una vez, cada mes, etc.</i>	Monto de asistencia recibida
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		



## Información y recursos

LLS ofrece información y servicios de forma gratuita a los pacientes, cuidadores y familias afectados por los distintos tipos de cáncer de la sangre. En esta sección se enumeran diversos recursos que le pueden ser de ayuda. Use estos recursos para informarse, preparar y hacer preguntas, y para aprovechar al máximo el conocimiento y las habilidades de los miembros del equipo de profesionales médicos.

### Para obtener información y ayuda

#### Consulte con un Especialista en Información.

Los Especialistas en Información de LLS son trabajadores sociales, enfermeros y educadores en salud altamente capacitados y especializados en oncología. Ellos ofrecen información actualizada sobre las enfermedades de la sangre, las opciones de tratamiento y los servicios de apoyo. Se disponen de servicios lingüísticos (interpretación y traducción). Comuníquese con nuestros Especialistas en Información o visite nuestro sitio web para obtener más información.

- Llame al: (800) 955-4572 (Lun-Vie, de 9 a.m. a 9 p.m., hora del Este)
- Correo electrónico o servicio de chat en vivo: [www.LLS.org/especialistas](http://www.LLS.org/especialistas)

**Centro de Apoyo para Ensayos Clínicos (CTSC, por sus siglas en inglés).** Hay investigaciones en curso para desarrollar nuevas opciones de tratamiento para los pacientes. LLS ofrece ayuda a los pacientes y cuidadores para que entiendan, identifiquen y accedan a los ensayos clínicos. Los pacientes y sus cuidadores pueden consultar con enfermeros orientadores especializados que los ayudarán a buscar un ensayo clínico según sus necesidades y los asistirán personalmente durante todo el proceso del mismo. Visite [www.LLS.org/ensayos](http://www.LLS.org/ensayos) para obtener más información.

#### Consultas individuales sobre la nutrición.

Aproveche el servicio gratuito de consultas individuales con un dietista registrado que cuenta con experiencia en nutrición oncológica. A las personas que llaman, los dietistas les ofrecen asistencia con información sobre las estrategias de alimentación saludable, el manejo de los efectos secundarios y la nutrición para la supervivencia. También brindan otros recursos de nutrición. Visite [www.LLS.org/nutricion](http://www.LLS.org/nutricion) para obtener más información y programar una consulta.

**Materiales informativos gratuitos.** LLS ofrece publicaciones gratuitas en inglés y en español con fines de educación y apoyo. Visite [www.LLS.org/](http://www.LLS.org/) materiales para consultar estas publicaciones por Internet, o para pedir copias impresas que se envían por correo.

**Asistencia económica.** LLS ofrece apoyo económico, que incluye asistencia para las primas del seguro médico y los copagos de medicamentos, así como para los costos de viaje para recibir tratamiento y otras necesidades a las personas con cáncer de la sangre que reúnen los requisitos. Llame o visite nuestro sitio web para obtener más información.

- Llame al: (877) 557-2672
- Visite: [www.LLS.org/asuntos-financieros](http://www.LLS.org/asuntos-financieros)

#### Programas educativos por teléfono/Internet.

LLS ofrece programas educativos de forma gratuita por teléfono/Internet y video para los pacientes, cuidadores y profesionales médicos. Algunos de los programas y materiales están disponibles en español. Visite [www.LLS.org/programs](http://www.LLS.org/programs) (en inglés) para obtener más información.

**Podcast.** La serie de podcasts llamada *The Bloodline with LLS* se ofrece para recordarle que, luego del diagnóstico, surge la esperanza. Escuche a pacientes, cuidadores, defensores, médicos y otros profesionales de la salud que hablan sobre los diagnósticos, opciones de tratamiento, asuntos de calidad de vida, efectos secundarios de los tratamientos, comunicación entre pacientes y sus médicos y otros temas importantes relacionados con la supervivencia. Visite [www.LLS.org/TheBloodline](http://www.LLS.org/TheBloodline) (en inglés) para obtener más información y suscribirse.

#### Aplicaciones móviles gratuitas.

- LLS Coloring for Kids™ permite a los niños (y adultos) expresar su creatividad y ofrece actividades para ayudarlos a aprender acerca del cáncer de la sangre y su tratamiento. Visite [www.LLS.org/ColoringApp](http://www.LLS.org/ColoringApp) (en inglés) para descargarla gratuitamente.
- LLS Health Manager™ lo ayuda a llevar un registro de los efectos secundarios, medicamentos, alimentos e hidratación, preguntas que quiere hacerle al médico y más. Visite [www.LLS.org/HealthManager](http://www.LLS.org/HealthManager) (en inglés) para descargarla gratuitamente.

**Lecturas sugeridas.** LLS ofrece una lista de publicaciones recomendadas para los pacientes, cuidadores, niños y adolescentes. Visite [www.LLS.org/SuggestedReading](http://www.LLS.org/SuggestedReading) (en inglés) para consultar la lista.

**Servicios lingüísticos.** Informe a su médico si necesita servicios de interpretación o traducción porque el inglés no es su idioma principal, o si necesita otra asistencia, tal como un intérprete del lenguaje de señas. Estos servicios suelen estar disponibles sin costo para los pacientes y sus familiares y cuidadores durante las citas médicas y emergencias.

### Recursos comunitarios y establecimiento de contactos

**Comunidad de LLS.** Esta ventanilla única virtual es el sitio para comunicarse con otros pacientes y recibir los recursos y la información más recientes en relación con el cáncer de la sangre. Puede compartir sus experiencias con otros pacientes y cuidadores y obtener apoyo personalizado del personal capacitado de LLS. Visite [www.LLS.org/community](http://www.LLS.org/community) (en inglés) para unirse.

**Sesiones semanales de chat por Internet.** Estos chats moderados pueden ofrecer oportunidades para obtener apoyo y ayudar a los pacientes con cáncer a conectarse y compartir información. Visite [www.LLS.org/chat](http://www.LLS.org/chat) (en inglés) para obtener más información.

**Oficinas regionales de LLS.** LLS ofrece apoyo y servicios a través de su red de oficinas regionales en los Estados Unidos y Canadá, entre ellos, el programa *Primera Conexión de Patti Robinson Kaufmann* (que facilita la comunicación y el apoyo mutuo entre pacientes), grupos de apoyo locales, programas educativos locales y otros recursos valiosos. Llame o visite nuestro sitio web para obtener más información sobre estos programas, o si necesita ayuda para localizar la oficina regional de LLS más cercana.

- Llame al: (800) 955-4572
- Visite: [www.LLS.org/ChapterFind](http://www.LLS.org/ChapterFind) (en inglés)

**Apoyo y defensa.** Con la ayuda de voluntarios, la Oficina de Políticas Públicas de LLS aboga por políticas y leyes que promueven el desarrollo de nuevos tratamientos y mejoran el acceso a una atención médica de calidad. Llame o visite nuestro sitio web para obtener más información.

- Llame al: (800) 955-4572
- Visite: [www.LLS.org/advocacy](http://www.LLS.org/advocacy) (en inglés)

**Otras organizaciones útiles.** LLS ofrece una lista extensa de recursos para los pacientes y sus familias. Hay recursos relacionados con la asistencia económica, la orientación psicológica, el transporte y la atención del paciente, entre otras necesidades. Visite [www.LLS.org/ResourceDirectory](http://www.LLS.org/ResourceDirectory) para consultar el directorio (en inglés).

### Ayuda adicional para poblaciones específicas

**Información para los veteranos.** Los veteranos que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam podrían reunir los requisitos para obtener ayuda del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos. Llame a su personal al (877) 222-8387 o visite [www.publichealth.va.gov/exposures/AgentOrange](http://www.publichealth.va.gov/exposures/AgentOrange) (en inglés) para obtener más información.

**Información para los bomberos.** Los bomberos corren un riesgo mayor de presentar cáncer. Hay medidas que pueden tomar para reducir el riesgo. Visite [www.LLS.org/FireFighters](http://www.LLS.org/FireFighters) (en inglés) para obtener información y recursos.

**Sobrevivientes del World Trade Center.** Las personas afectadas directamente por los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, que posteriormente recibieron un diagnóstico de cáncer de la sangre, podrían reunir los requisitos para obtener ayuda del Programa de Salud World Trade Center. Entre las personas que reúnen los requisitos se incluyen:

- El personal de emergencia que acudió al área del World Trade Center
- Los trabajadores y voluntarios que ayudaron con el rescate, la recuperación y la limpieza de los lugares relacionados con el ataque al 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 estaban asistiendo a una escuela en el área
- El personal de emergencia en el Pentágono y en Shanksville, PA

Llame al Programa de Salud del World Trade Center o visite la página web para obtener más información.

- Llame al: (888) 982-4748
- Visite: [www.cdc.gov/wtc/faq.html](http://www.cdc.gov/wtc/faq.html) (en inglés; hay información en español sobre los requisitos del programa y el proceso de solicitud, así como una solicitud por Internet, en [www.cdc.gov/wtc/apply\\_es.html](http://www.cdc.gov/wtc/apply_es.html))

**Personas que sufren de depresión.** El tratamiento de la depresión tiene beneficios para los pacientes con cáncer. Busque 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. Llame al Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, en inglés) o visite su sitio web para obtener más información.

- Llame al: (866) 615-6464
- Visite: [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov) (escriba “depresión” en la casilla de búsqueda para obtener enlaces a información en español sobre la depresión y su tratamiento)

## Otras organizaciones

Comuníquese con nuestros Especialistas en Información de LLS al (800) 955-4572 para obtener más información.

### **Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (Partnership for Prescription Assistance o PPA)**

(888) 477-2669  
[www.pparx.org/es](http://www.pparx.org/es)

La PPA reúne los recursos de las compañías farmacéuticas, los médicos, otros profesionales médicos, grupos comunitarios y organizaciones para el apoyo y 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 pública y privada, incluidos los programas ofrecidos por compañías farmacéuticas.

### **CancerCare**

(800) 813-4673  
[www.cancercare.org/espanol](http://www.cancercare.org/espanol)

Esta organización nacional sin fines de lucro ofrece servicios, apoyo, información y ayuda práctica de forma gratuita a toda persona afectada por el cáncer, incluyendo a las personas con cáncer. La misma ofrece orientación sobre asuntos financieros y brinda asistencia económica para algunos tipos de gastos.

### **Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center)**

(800) 333-4114  
[www.MedicareRights.org](http://www.MedicareRights.org)

Esta organización trabaja para asegurar el acceso a una atención médica asequible para adultos mayores

y personas con discapacidades a través de la asesoría, el apoyo y defensa, programas educativos e iniciativas de políticas públicas. El sitio web está en inglés.

### **Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales (National Conference of State Legislatures o NCSL)** (202) 624-5400

[www.ncsl.org/research/health/insurance-coverage-for-infertility-laws.aspx](http://www.ncsl.org/research/health/insurance-coverage-for-infertility-laws.aspx)

La misión de la NCSL 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. La página web ofrece información (en inglés) sobre las leyes estatales relacionadas con la cobertura de seguros médicos para el tratamiento de la infertilidad.

### **Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (National Council on Aging)**

(571) 527-3900  
[www.ncoa.org/page/bienvenidos-a-ncoa](http://www.ncoa.org/page/bienvenidos-a-ncoa)

Esta organización es un líder respetado y un socio confiable que ayuda a las personas de 60 años de edad y mayores a enfrentar los desafíos del envejecimiento. Se ofrecen una serie de recursos en su sitio web, entre ellos: una opción de búsqueda para hallar beneficios para el pago de comestibles, medicamentos y otros gastos cotidianos; consejos y recursos para manejar su presupuesto; formas de aprovechar al máximo los beneficios de Medicare y hallar el mejor plan de Medicare para usted.

### **CuidadoDeSalud.gov**

[www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov)

Este sitio web, administrado por el gobierno, incluye información acerca de los cambios en la atención médica debidos a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) del 2010, también denominada “Obamacare”. Este sitio contiene información sobre las opciones de seguro médico en su estado; comparaciones de 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 ACA; y las opciones de atención médica para diferentes grupos de personas (por ejemplo, familias con hijos, personas individuales, personas con discapacidades, adultos mayores, adultos jóvenes y empleadores).

### **FAIR Health**

[www.fairhealthconsumer.org/es](http://www.fairhealthconsumer.org/es)

FAIR Health es una corporación nacional, independiente y sin fines de lucro cuya misión es la de brindar transparencia en cuanto a los costos de atención médica y la información sobre los seguros médicos, así como facilitar recursos a los consumidores de atención médica.

### **Fertile Hope**

(855) 220-7777

[www.FertileHope.org](http://www.FertileHope.org)

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

### **Fundación Defensora del Paciente (Patient Advocate Foundation o PAF)**

(800) 532-5274

[www.patientadvocate.org/es](http://www.patientadvocate.org/es)

La PAF aprovecha la experiencia de coordinadores de casos, abogados y médicos que trabajan con los pacientes y sus aseguradores, empleadores y 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, servicios públicos (agua, electricidad y gas), alimentos, transporte, tratamiento médico y necesidades de los niños. En el sitio web puede encontrar un directorio nacional de recursos para personas sin seguro médico y otro para aquellas con cobertura insuficiente. Estos directorios tienen como objetivo ayudar a las personas sin seguro médico o con cobertura insuficiente y a sus familias a hallar valiosos recursos y buscar asistencia económica, opciones alternativas de cobertura o métodos para obtener un mejor reembolso. También se encuentra disponible en el sitio web la publicación titulada “Engaging with Insurers: Appealing a Denial”, una guía paso a paso para apelar la denegación de una reclamación al seguro médico (en inglés; haga clic en “Free PAF Publications” en la pestaña de “Explora Nuestros Recursos”). 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](http://www.copays.org) (en inglés) para obtener más información.

### **Fundación Nacional de la Defensa del Paciente (National Patient Advocate Foundation o NPAF)**

(800) 532-5274

[www.npaf.org](http://www.npaf.org)

La NPAF es la filial de defensa de derechos de pacientes de la Fundación Defensora del Paciente. La organización trabaja tanto en el ámbito local como en el regional y nacional para promover el acceso a una atención médica asequible y de calidad para las personas con enfermedades crónicas, debilitantes o potencialmente mortales. El sitio web está en inglés.

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

(800) 489-3863

[www.transplants.org](http://www.transplants.org)

La NFT ofrece asistencia para actividades de recaudación de fondos, ayuda económica a través de la recaudación de fondos y subvenciones, así como el apoyo y defensa de los pacientes que reciben trasplantes en todo el país. El sitio web está en inglés.

### **Guía de cobertura médica para personas con cáncer (Cancer Insurance Checklist)**

[www.cancerinsurancechecklist.org/es](http://www.cancerinsurancechecklist.org/es)

Esta lista de comprobación fue concebida para ayudar a las personas diagnosticadas de cáncer, con antecedentes de cáncer o en riesgo de padecer cáncer con la compra de un seguro médico en el mercado de seguros médicos de su estado. El recurso fue elaborado mediante una alianza de varias organizaciones dedicadas a ofrecer información sobre la salud y servicios de apoyo en el ámbito del cáncer.

### **NeedyMeds**

(800) 503-6897

[www.NeedyMeds.org](http://www.NeedyMeds.org)

NeedyMeds es una fuente central de información para las personas que no pueden costear los medicamentos ni los demás gastos de atención médica. En su sitio web se enumeran fuentes de asistencia para enfermedades y problemas médicos específicos, asistencia para completar solicitudes, programas apoyados por el estado y centros de Medicaid. Haga clic donde dice “EN ESPAÑOL” en la parte superior derecha de la página principal.

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

[www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org)

El personal encargado de este programa 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. El sitio web está en inglés.

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

(800) 627-7692

[www.BeTheMatch.org](http://www.BeTheMatch.org)

El NMDP se dedica a crear oportunidades para que todos los pacientes reciban el trasplante de médula ósea o de sangre del cordón umbilical que necesitan. Asimismo brinda apoyo a pacientes y educación a los médicos y al público acerca de la importancia de la donación de médula ósea a través de su registro de donantes. El sitio web está en inglés; se ofrecen información y varias publicaciones en español en [www.bethematch.org/translated-materials/spanish-materials](http://www.bethematch.org/translated-materials/spanish-materials).

**Red de Información de Trasplante de Sangre y Médula Ósea (Blood & Marrow Transplant Information Network o BMT InfoNet)**

(888) 597-7674

[www.bmtinfonet.org/es](http://www.bmtinfonet.org/es)

BMT InfoNet se dedica a ofrecer a los pacientes, sobrevivientes y sus seres queridos apoyo emocional e información de alta calidad y de fácil comprensión sobre los trasplantes de células madre de médula ósea, de sangre periférica y de sangre de cordón umbilical.

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

[www.triagecancer.org/](http://www.triagecancer.org/)

[national-cancer-legal-services-network](http://national-cancer-legal-services-network)

La NCLSN es una coalición de más de 30 programas que ofrecen, de forma gratuita, asistencia legal y recomendaciones de servicios legales a las personas que se enfrentan al cáncer.

**Triage Cancer**

[www.TriageCancer.org/espanol](http://www.TriageCancer.org/espanol)

Esta organización nacional sin fines de lucro ofrece de forma gratuita educación —por medio de eventos, materiales y recursos— sobre asuntos prácticos y legales que podrían afectar a las personas con cáncer y a sus cuidadores. Triage Cancer ha creado un conjunto de herramientas en Internet (disponible en [www.CancerFinances.org](http://www.CancerFinances.org), en inglés), para orientarse con respecto a los asuntos financieros que surgen tras un diagnóstico de cáncer. Además, brinda asistencia individual mediante su programa Legal & Financial Navigation.

## Glosario de términos

**Beneficio máximo anual.** Monto máximo que el plan de seguro médico pagará en un “año del plan” (que podría ser distinto a lo que pagará en un año civil). Como parte de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), la mayoría de los planes de salud no pueden imponer un monto máximo anual para los “beneficios de salud esenciales”, tales como hospitalizaciones o medicamentos recetados.

**Beneficio máximo de por vida.** Monto total de dinero que un plan pagará por un miembro durante toda su vida. Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), la mayoría de los planes de salud no pueden imponer un monto máximo de por vida a los “beneficios de salud esenciales”, tales como hospitalizaciones o medicamentos recetados. Es posible que los planes de atención dental impongan montos máximos de por vida.

**Beneficios de salud esenciales.** Conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Entre ellos se incluyen los servicios de atención médica, atención hospitalaria de pacientes ambulatorios y hospitalizados, cobertura de medicamentos recetados, embarazo y parto, servicios de salud mental y más. Algunos planes cubren más servicios. Los planes deben ofrecer cobertura de atención dental para los niños. Los beneficios de atención dental para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar con base en los requisitos estatales.

**COBRA (sigla en inglés de Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria).**

Ley federal que permite a algunas personas que pierden su cobertura médica grupal permanecer en su plan de seguro durante un tiempo limitado, pero ellas deben pagar la prima por sí mismas. Por ejemplo, si usted pierde su trabajo, podrá conservar su plan de salud por un poco más de tiempo mediante el pago de la prima a su empleador.

**Conservación de la fertilidad.** Procedimiento que ayuda a las personas a conservar su fertilidad o

a tener hijos si un tratamiento causa infertilidad. El procedimiento se realiza antes de que la persona reciba el tratamiento médico (por ejemplo, quimioterapia) que podría causar infertilidad. Algunos ejemplos de procedimientos de conservación de la fertilidad son el uso de bancos de esperma y la crioconservación de óvulos.

**Copago.** Monto fijo de dinero (por ejemplo, \$40) que uno paga por un servicio de atención médica cubierto por su plan de seguro. El monto puede variar según el tipo de servicio médico recibido (por ejemplo, si lo presta un médico de atención primaria o un especialista) y el pago se efectúa en el momento en que se presta el servicio. Esta tarifa está especificada en su póliza de seguro médico y es posible que también aparezca en su tarjeta del seguro médico.

**Coseguro (gastos compartidos).** El coseguro es una característica de muchos planes que consiste en compartir los gastos. Exige a los miembros que paguen de su bolsillo una parte específica de los costos cubiertos de la atención médica. El monto determinado del coseguro que el miembro debe pagar de su bolsillo se determina según la póliza de su plan de salud.

**Deducible.** Monto fijo de dinero que debe por los servicios de atención médica cubiertos por su plan antes de que su proveedor de seguros empiece a pagarlos. Por ejemplo, si su deducible es \$1,000, su plan de atención médica no pagará sus facturas médicas hasta que usted haya pagado ese monto de su bolsillo para satisfacer su deducible. Muchos planes de seguro tienen tanto deducibles “por persona/individuales” como “por familia/familiares”. El deducible por familia ayuda a limitar la cantidad de deducibles que hay que pagar para que todos los miembros de la familia cubiertos por el plan reúnan los requisitos para el pago de las reclamaciones.

**Dentro de la red.** Término que se refiere al tratamiento ofrecido por médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores con los cuales su plan tiene un acuerdo para ofrecer atención a sus miembros. Normalmente, los costos que las personas tienen que pagar de su bolsillo son menores cuando reciben tratamiento de parte de proveedores dentro de la red.

**ERISA (sigla en inglés de Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados).**

Ley que establece las normas y protecciones de los planes de seguro médico y de jubilación de la mayoría de los empleados.

**Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).** Después de que un proveedor haya enviado una reclamación a su asegurador en su nombre, o después de que usted haya pagado la factura a un médico y haya enviado la reclamación, su asegurador le dará una explicación de beneficios. Este documento incluye una explicación detallada de la forma en que su asegurador/administrador determinó el monto del reembolso realizado a su proveedor o a usted por el servicio médico. También incluirá información sobre cómo apelar o disputar la decisión de su asegurador en cuanto al reembolso.

**Facturación del saldo.** Los pacientes que acuden a un médico fuera de la red tal vez tengan que pagar un deducible separado o la diferencia entre el precio que cobra un médico dentro de la red y el que cobra un médico fuera de la red (a esto se le denomina “facturación del saldo”).

**Fuera de la red.** Término que se refiere al tratamiento ofrecido por médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores con los cuales su plan no tiene un acuerdo para ofrecer atención a sus miembros. Por lo general, las personas tendrán más gastos de su bolsillo cuando reciban tratamiento de parte de proveedores fuera de la red.

**Gastos de su bolsillo.** Término que se aplica a cualquier costo por servicios de atención médica que usted tiene que pagar sin la ayuda de su proveedor de seguros. Los deducibles, el coseguro y los copagos son todos gastos de su bolsillo. Si usted necesita un servicio que su plan de seguro médico no cubre, pagará de su bolsillo el costo total de ese servicio.

**Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés).** Ley del 2010 para la reforma del sistema de atención médica, también conocida como “Obamacare”. Se denominó anteriormente Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de

Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés).

**Mercado de Seguros Médicos/intercambio de seguros.** Recurso que permite a las personas, familias y pequeñas empresas enterarse de sus opciones de cobertura médica; comparar los planes de seguro médico con base en los costos, los beneficios y otros factores importantes; elegir un plan; e inscribirse en la cobertura.

**Monto máximo de gastos de su bolsillo.** Monto máximo que una compañía de seguros médicos exige al miembro de un plan que pague personalmente en deducibles más coseguro en un año. Después de alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo, el miembro ya no tiene que pagar coseguros ni copagos, y el plan empezará 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, incluso si han alcanzado el monto máximo de gastos de su bolsillo. También deben seguir pagando sus primas mensuales.

**Plan Bronce.** En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 60 por ciento del costo de la provisión de beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Bronce, usted pagará un promedio del 40 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales. Esto significa que su prima mensual será baja, pero los gastos de su bolsillo serán más altos cuando necesite recibir servicios médicos.

**Plan Catastrófico.** En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que no cubrirán ningún beneficio, aparte de tres consultas de atención primaria por año, antes de que usted pague todo su deducible. Las primas de estos planes son bajas, pero los costos de su bolsillo (deducibles, copagos o coseguro) son altos. Este tipo de plan de salud solo está disponible para las personas menores de 30 años de edad, para aquellas que no pueden permitirse una cobertura médica y para las que tienen una exención por dificultades económicas.

**Plan Oro.** En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 80 por ciento

de los costos de la provisión de los beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Oro, usted pagará un promedio del 20 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales.

**Plan Plata.** En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 70 por ciento de los costos de la provisión de los beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Plata, usted pagará un promedio del 30 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales.

**Plan Platino.** En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 90 por ciento de los costos de la provisión de los beneficios de salud esenciales. Con un plan Platino, usted pagará un promedio del 10 por ciento de los costos de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales. A pesar de que los gastos de su bolsillo son bajos cuando recibe servicios médicos, su prima mensual podría ser más alta.

**Preautorización.** Decisión tomada por su compañía de seguros médicos en la cual establece que un servicio médico, tratamiento o tipo de equipo médico específico es necesario por razones médicas para su atención. Es necesario obtener una preautorización antes de recibir el servicio, tratamiento o el equipo médico. También se denomina preaprobación, autorización previa o precertificación.

**Prima.** Monto de dinero que usted debe pagar por la cobertura de su plan de salud. Si tiene seguro médico a través de su empleador, es posible que tanto usted como su empleador paguen una parte de la prima mensual, trimestral o anualmente.

**Reclamación.** Factura detallada que un proveedor de servicios médicos (médico, clínica u hospital; proveedor de pruebas de laboratorio, infusiones intravenosas o estudios de imagenología; fisioterapeuta, etc.) le envía a su plan de salud. Esta factura muestra los servicios que usted recibió.

**Remisión médica.** Orden escrita de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés, también denominado médico de cabecera) para que usted acuda a un médico especialista o para que obtenga otros servicios médicos. Los planes de seguro pueden exigir que usted consiga una remisión de su médico de cabecera antes de que pueda recibir atención médica de cualquier otro médico. Si usted no consigue primero una remisión médica, a menudo el plan no pagará por los servicios de atención médica que usted reciba.

**Servicios preventivos.** Atención médica de rutina que incluye pruebas de detección, chequeos médicos y orientación del paciente para prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

## Referencias bibliográficas

Appold K. Four ways genetic testing is changing cancer care and what insurers are covering.

Sitio web de Managed Healthcare Executive.

Publicada el 3 de noviembre del 2017.

<https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/four-ways-genetic-testing-changing-cancer-care>.

Consultada el 10 de enero del 2022.

Sitio web de Cancer Insurance Checklist en

<https://cancerinsurancechecklist.org/>. Consultada el 7

de diciembre del 2021.

Davis, E. HMO, PPO, EPO, POS - which plan should you choose? Publicada el 17 de septiembre del 2020.

<https://www.verywellhealth.com/hmo-ppo-epo-pos-whats-the-difference-1738615>.

Consultada el 17 de

diciembre del 2021.

*Health Insurance Appeal Tracking Form*. Sitio web

de Triage Cancer. Publicada en el 2014.

<https://triagecancer.org/AppealTrackingForm>.

Consultada el 4 de enero del 2022.

*Managing the Cost of Cancer Care: Practical Guidance*

*for Patients and Families* [librito]. ASCO Answers.

Publicada en el 2015. [https://www.accc-cancer.org/docs/projects/financial-advocacy/fan-managing-the-cost-of-cancer-care.pdf?sfvrsn=eab9531a\\_0](https://www.accc-cancer.org/docs/projects/financial-advocacy/fan-managing-the-cost-of-cancer-care.pdf?sfvrsn=eab9531a_0).

Consultada el 7 de diciembre del 2021.

Center for Medicare & Medicaid Services.

US Department of Health and Human Services.

*Medicare & You 2022*. Última actualización en el 2021.

Consultada el 7 de diciembre del 2021.

Morales MF. Ways to reduce the financial burden of

cancer [webcast]. 30 de septiembre del 2019. The

Leukemia & Lymphoma Society. <https://www.lls.org/patient-education-webcasts/ways-reduce-financial-burden-cancer>.

Consultada el 12 de enero del 2022.

Sitio web de HealthCare.gov. Federal poverty level

(FPL). <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>.

Consultada el 17 de diciembre del

2021.



# PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA AL PACIENTE DE LLS

Para obtener más información, visite  
[www.LLS.org/asuntos-financieros](http://www.LLS.org/asuntos-financieros)  
o llame al (877) 557-2672



El **Programa de Asistencia para Copagos** ayuda a cubrir el costo de las primas del seguro y los copagos de medicamentos recetados, análisis de laboratorio, estudios de imagenología, pruebas, etc. Visite [www.LLS.org/copagos](http://www.LLS.org/copagos) para consultar una lista completa de los gastos cubiertos. Los pacientes que reúnan los requisitos podrían recibir hasta \$13,000. Las sumas que se otorgan varían según la enfermedad.



El **Programa de Necesidad Urgente** ofrece asistencia para el pago de gastos que no son médicos, incluyendo alquiler, hipoteca, alojamiento, servicios públicos, cuidado infantil, cuidado de ancianos, alimentos, transporte, reparación de automóviles, seguro de automóviles, servicio telefónico y atención dental aguda relacionada con el tratamiento del cáncer. Los pacientes que reúnen los requisitos reciben un subsidio de \$500.



El **Programa de Asistencia con los Costos de Viajes "Susan Lang Pay-It-Forward"** brinda asistencia para el pago de los gastos de transporte y alojamiento relacionados con el tratamiento. Los pacientes que reúnen los requisitos reciben un subsidio de \$500.



El **Programa de Ayuda al Paciente** ofrece un estipendio *único* de \$100 para ayudar a compensar los gastos.



El **Programa Susan Lang de Asistencia con los Costos de Viajes Previos a la Terapia CAR-T** brinda asistencia para el pago de gastos de transporte y alojamiento relacionados con el tratamiento a los pacientes que están en proceso de evaluación para recibir la terapia CAR-T, ya sea como tratamiento estándar o en un ensayo clínico. Los pacientes que reúnen los requisitos reciben un subsidio de \$2,500.

Para obtener apoyo, pida ayuda a nuestros  
**ESPECIALISTAS EN INFORMACIÓN**

El equipo de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma está compuesto por trabajadores sociales, enfermeros y educadores en salud altamente capacitados y especializados en oncología. Están disponibles por teléfono de lunes a viernes, de 9 a.m. a 9 p.m. (hora del Este).

- Apoyo personalizado e información sobre los tipos de cáncer de la sangre
- Orientación sobre las preguntas que puede hacerle a su médico
- Información sobre los recursos de ayuda económica para pacientes
- Búsquedas individualizadas de ensayos clínicos

Comuníquese con nosotros al  
**800-955-4572** o en  
[www.LLS.org/especialistas](http://www.LLS.org/especialistas)  
(puede solicitar los servicios de un intérprete)





Para obtener más información,  
comuníquese con nuestros  
Especialistas en Información  
**al 800.955.4572** (se ofrecen  
servicios de interpretación a  
pedido).

**The Leukemia & Lymphoma Society** 3 International Drive, Suite 200 Rye Brook, NY 10573

La misión de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) es curar la leucemia, el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el mieloma, y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Para obtener más información, visite [www.LLS.org/espanol](http://www.LLS.org/espanol).