

11

INFORMACIÓN SOBRE ASUNTOS FINANCIEROS Y LEGALES



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

Equilibrio con el trabajo. Las condiciones de trabajo de cada persona son diferentes. Hable con su supervisor y consulte el manual del empleado u otras publicaciones del departamento de recursos humanos para informarse acerca de la política de la compañía en cuanto a los empleados que cuidan de un ser querido con una enfermedad grave.

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

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

Ley de Ausencia Familiar y Médica para cuidadores. Podría ser necesario que se tome licencia del trabajo para cuidar de su hijo. Existen leyes que ayudan a proteger a los cuidadores en este tipo de situaciones.

¿Qué es la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, en inglés)? Los empleados que reúnen los requisitos (que hayan trabajado al menos 1,250 horas en los 12 meses previos y trabajan para una compañía privada que tiene 50 empleados o más) pueden tomarse licencia sin sueldo, pero con protección del empleo, por motivos familiares y médicos específicos conforme a las estipulaciones de la FMLA. Los empleados seguirían recibiendo su cobertura de seguro médico grupal conforme a los mismos términos y condiciones como si no se hubieran tomado licencia del trabajo.

La información en esta sección se actualizó por última vez en marzo del 2022.

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, si le impide cumplir con las funciones esenciales del trabajo
 - Un cónyuge, hijo/a, padre o madre que tenga una afección grave
- 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, si el empleado que reúne los requisitos es el cónyuge, hijo/a, padre/madre o familiar más cercano del miembro del servicio militar (licencia para cuidadores de los miembros del servicio militar)

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

Existen tres tipos de licencia conforme a la FMLA:

- Licencia continua, en la cual un empleado se ausenta durante más de 3 días laborables 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 cumple los criterios estipulados por 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 de manera continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual un empleado necesita reducir el número 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.

CONSEJO:

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



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



Si desea obtener más información sobre el cáncer y las finanzas, visite www.LLS.org/materiales para consultar la publicación titulada ***El cáncer y sus finanzas***.

Seguro médico. Los planes de seguro médico ayudan a pagar los tratamientos médicos costosos y pueden proteger a las familias de las dificultades económicas. Hay diferentes tipos de programas de seguro médico privados y públicos (vea la sección titulada ***Tipos de planes de seguro médico*** en la página 4).

La cobertura del seguro médico privado puede provenir de:

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

Los programas de seguro médico financiados por el gobierno incluyen:

- Medicaid
- Medicare
- Otros programas del gobierno

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

Cuando una persona cuenta con la cobertura de un seguro médico privado, sus hijos a menudo están inscritos como dependientes en un plan de seguro familiar (del cual uno de los padres es el titular). Por ejemplo, a través de un empleador, usted o su cónyuge podría tener una póliza de seguro familiar que cubre a ambos cónyuges y a sus hijos. Añadir un dependiente al plan de uno de los padres suele ser una opción menos costosa que conseguir un plan separado para un hijo. Si ambos padres tienen planes de seguro separados, el hijo puede contar con la cobertura de ambos planes. Se usarán primero los beneficios de un plan, y puede que el otro cubra cualquier costo restante como plan secundario.

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

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

Consejos para orientarse en relación con el seguro médico

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



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

Información para entender los términos y gastos. Lea atentamente la póliza de seguro médico y asegúrese de que entienda todos los servicios que están cubiertos. Revise la lista de medicamentos cubiertos por el plan (denominada “formulary”, en inglés) de la compañía de seguros y compruebe la cobertura de los medicamentos. Familiarícese con los siguientes términos generales relacionados con los seguros médicos:

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

- **Gastos de su bolsillo.** Se trata del monto total de gastos médicos que es responsabilidad del paciente.
- **Monto máximo de gastos de su bolsillo.** Esto se refiere al límite del monto total que una compañía de seguros médicos exige que el paciente pague en deducibles y coseguro por año. Después de alcanzar este monto máximo, el paciente ya no paga el coseguro porque el plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos. Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan. También deben seguir pagando las primas mensuales.
- **Proveedor dentro de la red.** Se trata de un proveedor contratado por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas. El monto que el paciente paga por los servicios de un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que pagaría por los de un proveedor fuera de la red.
- **Proveedor fuera de la red.** Se trata de un proveedor que no está contratado directamente por el plan de seguro médico de la persona.

Tipos de planes de seguro médico. Se disponen de distintos tipos de planes de seguro médico. En la medida de lo posible, seleccione el plan de seguro que se ajuste mejor a las necesidades de su familia.

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

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, 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 HMO:

- Los miembros del plan eligen a un médico de atención primaria (PCP, en inglés) que supervisa sus necesidades médicas.
- A los miembros del plan que necesitan acudir a un especialista se les suele exigir que obtengan una remisión de parte del médico de atención primaria.
- Es posible que los pacientes necesiten obtener una precertificación antes de recibir atención que no sea de emergencia en un hospital y ciertos tipos de atención ofrecidos por especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que necesitan recibir atención en casos de emergencia informen al proveedor del plan HMO al respecto en un plazo de 24 horas después de haber recibido la atención.

Organizaciones de proveedores preferidos (PPO, en inglés)

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

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

Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO, en inglés)

Tanto los planes EPO 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 EPO:

- Los miembros tal vez no necesiten obtener una remisión de parte de un médico de atención primaria para acudir a un especialista, pero deben seleccionar a los proveedores de una lista limitada.
- Si un miembro del plan acude a un médico fuera de la red, podría tener que pagar del 20 al 100 por ciento de los costos.
- Los pacientes que necesitan acudir a una serie de especialistas distintos podrían encontrarse con que el plan les resulta problemático.

Planes de punto de servicio (POS, en inglés)

Estos planes combinan las características de los planes de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y de organizaciones de proveedores preferidos (PPO). En un plan POS:

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

Planes de pago por servicio (FFS, en inglés)

Estos planes son más flexibles que los otros tipos de planes, pero conllevan primas más altas y mayores gastos de su bolsillo, así como más trámites. En un plan FFS:

- Los miembros del plan pueden elegir sus propios médicos y hospitales.
- Los miembros pueden consultar con un especialista sin obtener el permiso de un médico de atención primaria.
- Los miembros del plan podrían tener que pagar directamente al médico por sus servicios y luego presentar una reclamación de reembolso.
- Los participantes del plan solo reciben cobertura limitada para la atención médica de rutina.

Medicaid. Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y familias que tienen ingresos limitados. (En algunos estados también se toma en cuenta si tienen bienes limitados para determinar si reúnen los requisitos). Cada estado tiene su propio programa de Medicaid con sus propias reglas en cuanto a los requisitos de inscripción y la cobertura. Visite www.medicaid.gov/state-overviews/index.html (en inglés) para informarse más sobre el programa Medicaid de su estado.

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

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

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. Visite www.tricare.mil (en inglés) para obtener más información.

Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, en inglés). Los beneficios para veteranos ofrecen servicios de atención médica integral y otros beneficios a los veteranos y a los dependientes de los miembros activos, jubilados o fallecidos del servicio militar. Para obtener información sobre este departamento gubernamental, llame al **(800) 827-1000** o visite **www.va.gov/asistencia-y-recursos-en-espanol**.

Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).

Los empleados 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 plan del empleador 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 continua a los empleados y sus dependientes cubiertos durante un período de 18 a 36 meses, según el evento calificador.
- 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. Puede que no sea la opción más económica, pero COBRA le brindará continuación de la cobertura y tiempo a la persona inscrita para buscar otras opciones sin que haya una interrupción de la cobertura.

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

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

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

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

Además, el padre no custodio tal vez tenga que pagar parte de los costos de la atención médica del niño. Las leyes actuales exigen que toda orden de manutención de menores, ejecutada por una agencia encargada de dicha manutención, incluya una disposición para la cobertura de la atención médica. Entre las disposiciones pueden incluirse la necesidad de:

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

CONSEJO:

Quando busque un nuevo plan de seguro médico, recuerde que el costo no es lo único que debe considerarse.

También debe tomar en consideración la calidad de la cobertura, o podría terminar pagando más por los gastos médicos en general.

En algunos casos, podría enviarse una notificación nacional de manutención médica o una orden de manutención médica calificada de menores (NMSN o QMCSO, en inglés) al padre no custodio exigiendo que el niño cuente con la cobertura del plan grupal que ofrece el empleador de la persona a sus empleados, si tal cobertura estuviese disponible a un costo razonable. Debido a los costos asociados al tratamiento del cáncer, le podría convenir solicitar la revisión de la orden de manutención de menores, si hay alguna vigente en su caso. Las leyes de manutención de menores varían según el estado en que uno vive. Además, le podría convenir consultar con un abogado. Visite el sitio web de la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores en www.acf.hhs.gov/css/child-support-professionals/state-agencies para encontrar la agencia local de manutención de menores.

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

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

*Consulte la lista de medicamentos cubiertos por el plan de medicamentos recetados para ver si el medicamento que toma el paciente está cubierto. Si no aparece en la lista, tenga en cuenta que el paciente será responsable de su costo.



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

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

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

Mantenga un registro de:

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

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



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



Si desea informarse más sobre el proceso de apelación, visite www.triagecancer.org/guía-rápida-apelaciones para consultar la Guía rápida sobre las apelaciones para seguros médicos patrocinados por su empleador y seguros médicos individuales.

Explicación de beneficios (EOB, en inglés). Generalmente, después de que un paciente recibe atención médica, el proveedor envía una factura o reclamación a la compañía de seguros. La compañía de seguros se encarga de la reclamación y le envía a usted una explicación de beneficios. Este documento es un resumen de los servicios que el paciente recibió, la suma que el proveedor facturó a la compañía de seguros y la suma que la compañía de seguros pagó. La explicación de beneficios también puede incluir el monto que se ha pagado y que se aplica al deducible de la póliza. 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 informe al proveedor de seguros al respecto.

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

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



Si desea informarse más, visite www.LLS.org/materiales para consultar la publicación titulada **El cáncer y sus finanzas**.

El proceso de apelación. Si usted opta por llamar a la compañía de seguros, 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, 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. ¿Cómo puedo solicitar una revisión médica externa de la decisión? (Una revisión médica externa ofrece la posibilidad de que el médico del paciente analice el tratamiento del paciente en detalle con un médico que trabaja para el proveedor de seguros).
6. ¿Hay alguien más con quien pueda hablar si tengo preguntas sobre el proceso de apelación?
7. Si un medicamento en particular no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan de medicamentos recetados (denominada "formulary", en inglés), ¿existe un proceso por el cual se pueda solicitar una excepción? ¿El médico de mi hijo puede obtener la aprobación presentando una carta que explique la razón por la cual el medicamento es necesario desde el punto de vista médico?

Hay tres niveles de apelaciones:

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

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



Visite los sitios web de la Fundación Defensora del Paciente en www.patientadvocate.org y de Triage Cancer en www.triagecancer.org/espanol para obtener más información y recursos a fin de orientarse en el proceso de apelación a una compañía de seguros.

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

Presupuesto. Planificar un presupuesto de antemano y ajustarse a él es una parte importante de la administración de las finanzas tras un diagnóstico de cáncer. Si usted comparte los gastos con otra persona, tal como su cónyuge, pareja o el otro padre de su hijo, trabajen juntos para crear un presupuesto.

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

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

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

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



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

CONSEJO:

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

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

Presupuesto de Juana para el mes de agosto

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

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

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

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

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

Fuentes de ingresos mensuales	Previsto	Real
Sueldo (ingreso neto*)	\$3,500	\$3,500
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)/SSDI (Seguro por Incapacidad del Seguro Social)		
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		
Total de ingresos	\$3,500	\$3,500

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

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

Planificación de las finanzas. Esto comprende establecer metas financieras a corto y a largo plazo para usted y su familia y tomar medidas luego para alcanzarlas. Tras el diagnóstico de su hijo, le convendría reconsiderar sus planes financieros o crear nuevos planes. Estas son algunas preguntas que le convendría considerar:

- ¿Cómo pagaré por las necesidades de atención médica de mi familia, tanto las actuales como sus posibles necesidades futuras?
- ¿Tengo ahorros fácilmente accesibles para situaciones de emergencia?
- ¿Qué cosas están incluidas en mis metas financieras para el futuro? Por ejemplo, jubilación, ahorrar para la educación superior, comprar una casa, saldar una deuda?
- ¿Debería abrir una cuenta de ahorros en custodia o una cuenta individual de jubilación (IRA, en inglés) para mi hijo?

Tal vez le convenga consultar con un asesor financiero profesional para recibir asesoramiento especializado. Los asesores financieros suelen cobrar una tarifa por sus servicios. Visite www.plannersearch.org (en inglés) para buscar un planificador financiero certificado (Certified Financial Planner™) en su localidad.

Visite www.triagecancer.org/triagecancer.org/espanol#finanzas para consultar más recursos relacionados con el cáncer y las finanzas.

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

Programas de asistencia económica

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

Programas de asistencia económica de LLS

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

CONSEJO:

Si tiene dificultades económicas para pagar un gasto, podría ser necesario pensar de forma creativa. Por ejemplo, probablemente no encontrará asistencia económica para cubrir la factura de una tarjeta de crédito. Sin embargo, tal vez pueda encontrar un programa que facilita ayuda para la factura de la electricidad, lo cual dejaría dinero en el presupuesto que serviría para los pagos de la tarjeta de crédito.



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

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

NeedyMeds. 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 una serie de programas, por ejemplo, asistencia para enfermedades y afecciones específicas, asistencia para la presentación de solicitudes de ayuda, programas subvencionados por el estado y centros de Medicaid. Llame al **(800) 503-6897** o visite **www.needymeds.org** para informarse más (haga clic donde dice “EN ESPAÑOL” en la parte superior derecha de la página principal).



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



Si desea obtener más información sobre el cáncer y las finanzas, visite **www.LLS.org/materiales** para consultar la publicación titulada ***El cáncer y sus finanzas***.
