

7 ASUNTOS FINANCIEROS Y LEGALES

Visite www.LLS.org/manual-del-cuidador para tener acceso a todos los capítulos y planillas de este manual.

Equilibrio con el trabajo. La gran cantidad de responsabilidades que implica cuidar de una persona con cáncer a menudo causa conflictos que afectan el trabajo. El trabajo es una necesidad financiera y una fuente importante de satisfacción personal, pero para muchos cuidadores, a menudo es difícil encontrar un equilibrio entre sus responsabilidades como cuidador y las del trabajo. Las condiciones de trabajo de cada cuidador son diferentes. Hable con su supervisor y consulte el manual del empleado u otras publicaciones del departamento de recursos humanos para estar al tanto de la política de la compañía en cuanto a los empleados que se encargan del cuidado de un ser querido que tiene una enfermedad grave.

- Pregunte a su empleador si existe un programa de asistencia al empleado.
- Pida información al departamento de recursos humanos o de personal sobre la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, en inglés). Si procede, pida que le envíen también una copia a su supervisor. Lea 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 solicitar un horario flexible.
- Ofrézcase a trabajar un turno menos deseado, o esté dispuesto a compensar el tiempo que tiene que ausentarse para cumplir 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.
- Evite mezclar sus responsabilidades laborales con las de ser cuidador. Si tiene que hacer llamadas telefónicas o realizar una búsqueda de información por Internet respecto a las necesidades de su ser querido, hágalo durante el almuerzo.
- Organícese para hacer buen uso de su tiempo. Cuando tenga que 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. Mantenga un ritmo moderado; no se dedique tanto a una cosa que esto le impida ser eficaz en otra.
- Consiga todo el apoyo que pueda de parte de familiares, amigos y recursos comunitarios.
- La decisión de divulgar información o no a su empleador sobre una afección médica es una elección personal. Toda persona tiene derecho a mantener la información confidencial. Hay algunas ocasiones en las cuales es necesario compartir algo de información sobre una afección médica, pero no hace falta contarle todo, ni siquiera el diagnóstico específico. Para obtener más información, visite www.triagecancer.org/QuickGuide-Disclosure (en inglés).

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

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

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

La información contenida en esta sección está vigente a partir de junio de 2018.

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

- Doce semanas laborales de licencia en un período de 12 meses para atender a:
 - Su propia afección grave de salud que le impide cumplir con las funciones esenciales de su trabajo
 - Un cónyuge, hijo/a, padre o madre que tenga una afección de salud 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, 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 el empleado se ausenta durante más de 3 días laborales consecutivos y ha recibido tratamiento por parte de un médico.
- Licencia intermitente, en la cual el empleado se ausenta por períodos más cortos debido a una afección grave de salud que cumple los criterios de la FMLA. La licencia intermitente (que puede consistir en incrementos de horas, días o semanas) a menudo se utiliza cuando el empleado necesita recibir tratamiento o acudir a consultas de seguimiento en forma continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual el empleado necesita reducir la cantidad de horas que trabaja por día o por semana, a menudo para cuidar de un familiar o para reducir su nivel de fatiga o estrés.

¿DESEA OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

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 para obtener más información sobre la FMLA y para que lo remita a organizaciones adecuadas que pueden brindarle más asistencia.



¿Desea obtener más información y recursos sugeridos? Puede ver, imprimir o pedir la publicación gratuita de LLS titulada *El cáncer y sus finanzas* en **www.LLS.org/materiales**, o comuníquese con un Especialista en Información al **(800) 955-4572**.

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

Conozca la cobertura del paciente. Los pacientes con diagnóstico reciente deben saber exactamente qué tratamientos y servicios médicos cubren sus seguros, 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 del cáncer que necesitarán recibir atención de seguimiento también deben saber qué está cubierto por el seguro médico.

Consejos para orientarse en relación con el seguro médico del paciente

- 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.
- Pida que la compañía de seguros le asigne un coordinador de casos. Él o ella será su contacto directo y responderá a las preguntas que tenga sobre las reclamaciones o la póliza. Cuando es necesario recibir muchos tratamientos médicos, puede ser útil contar con una persona específica con quien hablar en la compañía de seguros. También puede averiguar si su empleador tiene un asesor de beneficios o un representante de empleados que pueda ayudarlo, o usted mismo puede llamar a organizaciones, incluyendo la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, en inglés), para pedir información y ayuda.
- Cree un sistema de archivo que funcione para usted. Esto le permitirá encontrar información rápida y fácilmente. Guarde copias de todas las reclamaciones y trámites correspondientes en una carpeta organizada por categorías. Esta carpeta servirá para guardar las cartas de necesidad médica, facturas, recibos, solicitudes de ausencia por enfermedad con permiso, etc. Lleve también un registro escrito de cualquier conversación telefónica que tenga con los aseguradores; asegúrese de incluir el nombre de la persona con la que habló, un resumen de la conversación y la fecha.
- Lleve un registro de todos los gastos médicos que no han sido reembolsados. Esto podría incluir las fechas de cada servicio, el monto pagado y el nombre del médico que prestó el servicio. Es posible que pueda declarar estos gastos a efectos fiscales (cuando presente su declaración de impuestos).



Utilice la **Planilla 14: Registro de llamadas relativas al seguro** para mantener un registro de las comunicaciones con la compañía de seguros.

Comprenda los términos y gastos. Las personas que tienen un plan de seguro médico deben leer sus pólizas atentamente para comprender los servicios médicos que están cubiertos. Familiarícese con los siguientes términos relacionados con los seguros médicos:

- **Primas.** Son el costo mensual de la participación en el plan.
- **Deducible.** El deducible es un monto fijo de dinero que cada paciente debe satisfacer (pagar de su propio bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- **Copagos.** Un copago es el monto fijo de dinero que paga el paciente al momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Los copagos no se aplican a los montos del deducible. El monto del copago puede variar dependiendo de si el paciente consulta con un especialista o un médico de atención primaria (PCP, en inglés).
- **Coseguro/gastos compartidos.** Se trata de ciertos porcentajes de los gastos médicos que el paciente y el plan de salud comparten. Para el paciente, este costo se suma al de los deducibles y copagos. Por ejemplo, si Patricia tiene un plan 80/20, el asegurador paga el 80 por ciento de los gastos cubiertos y ella paga el 20 por ciento restante de los gastos médicos o de los medicamentos recetados.
- **Gastos de su bolsillo.** Se trata del monto total de gastos médicos que es responsabilidad del paciente.
- **Límite de gastos de su bolsillo.** Se trata del monto máximo que una compañía de seguros médicos exige al paciente que pague en deducibles y coseguro por año. Después de alcanzar el límite de gastos de su bolsillo, el paciente ya no paga el coseguro porque el plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos. Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan. También deben seguir pagando sus primas mensuales.
- **Proveedor dentro de la red.** 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. El monto que el paciente paga por un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que paga por un proveedor fuera de la red.
- **Proveedor fuera de la red.** Los proveedores fuera de la red no están contratados directamente por el plan de seguro médico.

- **Beneficio máximo anual y de por vida.** Estos términos se refieren a los beneficios máximos que se pagarán por cada persona inscrita en el plan cada año o durante la vida de una persona.
 - Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés), en el caso de los años de los planes que comenzaron el 23 de septiembre de 2010 o posteriormente, los planes no pueden continuar imponiendo límites (“caps”, en inglés) de por vida y, a partir del 1 de enero de 2014, los planes ya no pueden imponer límites anuales a los beneficios de salud esenciales.

Tipos de planes de seguro médico. La siguiente es una lista de los distintos 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 conforme al plan de su ser querido, por lo que siempre debe consultar la información sobre la cobertura del plan que tiene él o ella.

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 de una organización para el mantenimiento de la salud:

- Los miembros del plan eligen al médico de atención primaria (PCP, en inglés) que supervisa sus necesidades.
- El acceso a un especialista a menudo exige que los miembros del plan obtengan una remisión de parte del médico de atención primaria.
- Es posible que los pacientes necesiten obtener una precertificación antes de recibir atención en un hospital cuando no es una emergencia y antes de recibir algunos tipos de atención ofrecidos por especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que necesitan recibir atención en casos de emergencia se lo informen a la organización en el período de 24 horas después de haber recibido la atención.

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 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.
- Los miembros pueden acudir a un especialista sin obtener una remisión por parte del médico de atención primaria. Un especialista dentro de la red es generalmente la opción menos costosa. El miembro todavía puede acudir a un proveedor fuera de la red, pero es posible que la consulta no esté cubierta a las tarifas reducidas que la cobertura del seguro paga 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.
- Podría ser necesario pagar un deducible separado para recibir servicios médicos de parte de un proveedor fuera de la red, o los miembros podrían tener que pagar la diferencia entre el precio que cobra un proveedor dentro de la red y el que cobra un proveedor fuera de la red; a esto se le denomina “facturación del saldo”.
- Los miembros podrían tener que obtener una precertificación (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.

Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO, en inglés)

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

- Los miembros tal vez no necesiten obtener una remisión para acudir a un especialista, pero deben seleccionar a los proveedores de una lista limitada.

- Si un miembro del plan acude a un médico fuera de la red, podría tener que pagar entre el 20 y el 100 por ciento de los costos.
- A los pacientes que necesitan recibir atención de varios especialistas distintos, este tipo de plan puede resultar problemático.

Planes de punto de servicio (POS, en inglés)

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

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

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

- Los miembros del plan pueden elegir sus propios médicos y hospitales.
- Los miembros pueden acudir a un especialista sin 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.
- Los participantes del plan reciben cobertura limitada para la atención médica de rutina.

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 para poder inscribirse en el programa y la cobertura. Visite www.medicaid.gov/state-overviews/index.html (en inglés) para obtener más información sobre el programa Medicaid estatal en su estado.

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

Medicare. Medicare ofrece cobertura de seguro médico para personas de 65 años de edad en adelante, 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. Medicare ofrece cobertura médica básica y se divide en las siguientes partes o beneficios:

- La **Parte A (seguro hospitalario)** ayuda a pagar la atención a pacientes hospitalizados, algunos servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada, atención en un hospital psiquiátrico y atención para pacientes terminales (“hospice care”, en inglés).
- La **Parte B (seguro médico)** ayuda a pagar los servicios médicos, consultas médicas, análisis de laboratorio, terapia para pacientes ambulatorios y otros servicios profesionales, así como algunos servicios preventivos.

- Los planes de la **Parte C (Medicare Advantage)** son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Estos planes cubren todos los servicios ofrecidos por las partes A y B de Medicare y suelen incluir también la cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Los distintos planes Medicare Advantage pueden estipular diferentes cargos que el beneficiario debe pagar de su propio bolsillo y tener diferentes reglas en cuanto a cómo acceder a los servicios, por ejemplo, si se necesita una remisión para acudir a un especialista.
- La **Parte D (cobertura de medicamentos recetados)** ofrece cobertura tanto para medicamentos de marca comercial como genéricos. Los pacientes pueden elegir e inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados (PDP, en inglés) o en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD, en inglés). Se les cobra a los pacientes una prima mensual que varía según el plan y deben 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 los medicamentos. Se puede obtener más información sobre este programa de ayuda para personas con necesidades económicas (denominado Extra Help) en www.cms.gov/limitedincomeandresources (en inglés).
 - Se está eliminando un aspecto de Medicare que limita la cobertura de medicamentos de manera que los pacientes tienen que pagar ciertos gastos de su propio bolsillo (este intervalo sin cobertura se denomina a veces agujero de rosquilla o “donut hole”, en inglés). La ACA reducirá gradualmente el monto que los pacientes pagan por todos sus medicamentos recetados una vez que alcancen el intervalo sin cobertura. Está previsto que el intervalo sin cobertura sea eliminado para el 2019.

Medicare NO cubre algunos servicios, tales como la atención a largo plazo, la mayor parte de la atención dental, exámenes oculares relacionados con lentes recetados, dentaduras postizas, cirugía estética, acupuntura, audífonos y cuidados rutinarios del pie. Es posible que estos servicios estén cubiertos por algunos planes de Medicare Advantage (Parte C) o Medigap. Para obtener más información, llame al **(800) 633-4227** o visite <https://es.medicare.gov>.

Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, 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. TRICARE® es el programa de atención médica que atiende a los miembros activos y jubilados del servicio militar y sus familias. Para obtener información acerca de TRICARE, visite www.tricare.mil (en inglés). Los veteranos de guerra que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam o Corea tal vez puedan obtener ayuda del Departamento de Asuntos de 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 (en inglés). Para obtener información general acerca de este departamento gubernamental, llame al **(800) 827-1000** o visite www.va.gov (en inglés).

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

Se exige que la persona pague toda la prima (incluso la parte que el empleador pagaba previamente en su nombre y un 2 por ciento en concepto de gastos administrativos). Es posible que haya opciones menos costosas, pero COBRA le brindará continuación de la cobertura y tiempo a la persona para buscar otras opciones sin que haya una interrupción de la cobertura.

Cuentas de gastos flexibles y cuentas de ahorros para gastos médicos (FSA y HSA respectivamente, 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 de seguro médico privados. Estas cuentas le otorgan al participante la oportunidad de prepararse para pagar gastos médicos específicos y acumular beneficios tributarios.

CONSEJO:

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

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

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

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

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



Utilice la **Planilla 15: Información para entender el plan de seguro médico** si hay cambios en el plan de seguro médico.

Denegación de cobertura de seguro médico. Si una compañía de seguros deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, es posible que el paciente pueda hacer que la decisión se anule al presentar una apelación. Antes de presentar una apelación, tal vez quiera comunicarse con el asegurador de su ser querido 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. Para mejorar la probabilidad de una apelación exitosa, es importante presentar todos los papeles requeridos y los documentos clave dentro de los plazos establecidos. Debe 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 comunique
- Resúmenes de sus conversaciones y todos los documentos escritos emitidos por la compañía de seguros



Utilice la **Planilla 16: Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico** para llevar un registro de las apelaciones a lo largo del proceso.

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 es urgente 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 la compañía de seguros, visitando el sitio web del asegurador o leyendo los documentos del plan y la explicación de beneficios.

Explicación de beneficios (EOB, en inglés). Generalmente, después de que una persona 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 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. La explicación de beneficios también puede incluir el monto que el paciente ha pagado y que se aplica a su deducible. La mayoría de los formularios de explicación de beneficios empiezan identificando la información específica del paciente y del plan de seguro, así como una lista de los servicios recibidos. Si alguna parte de esta información es incorrecta, es importante que el paciente notifique a su plan al respecto.

Por cada servicio por el cual el proveedor 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 tanto, no se deben realizar pagos 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.

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

1. ¿Puede enviarme una copia de la carta de denegación?
2. ¿Cuál es el motivo específico de la denegación de la reclamación al seguro? (Esta información debería incluirse en la carta de denegación).
3. ¿Puedo obtener por Internet una copia actualizada del documento del plan y del resumen de beneficios y cobertura del plan (SBC, en inglés)? Si no, ¿cómo puedo obtener una copia de esa información?

4. ¿Con quién puedo comunicarme en la compañía de seguros para hablar sobre la denegación? ¿Puede darme el número de teléfono directo de esa persona?
5. ¿Cómo puedo solicitar una revisión médica externa de la decisión? (Una revisión médica externa ofrece la 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? ¿El médico puede obtener la aprobación presentando una carta que explique la necesidad médica del medicamento?

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

- Una revisión interna de parte del asegurador (primer nivel).
- Una segunda apelación (segundo nivel) al asegurador, si la primera es denegada. Esa apelación será realizada por personas que no participaron en la primera apelación.
- Si esa apelación también es denegada, se realiza una tercera apelación (apelación externa, tercer nivel) a una organización externa independiente. 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 puede administrar este nivel de apelación. Usted también puede optar por obtener ayuda de un trabajador social o un abogado.

Si su ser querido cuenta con cobertura médica a través de un empleador, 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, sus derechos y el tipo de información que el asegurador está obligado a entregarle. Es posible que el plan de su ser querido también tenga que cumplir con leyes estatales específicas.



Para obtener más información y recursos con respecto al proceso de apelación a una compañía de seguros, visite los sitios web (en inglés) de la Fundación del Defensor del Paciente en www.patientadvocate.org y Triage Cancer en www.triagecancer.org.

Administración de las finanzas. Es importante que tenga un plan para entender los gastos.

Presupuesto. Planificar un presupuesto de antemano y apegarse a él es una parte importante de la administración de las finanzas después de recibir un diagnóstico de cáncer. Si usted y su ser querido comparten sus finanzas, trabajen juntos para crear un presupuesto. Si no comparten sus finanzas, ofrézcale su ayuda a su ser querido para crear un presupuesto. Usted también podría tener que crear su propio presupuesto, ya que sus responsabilidades como cuidador también pueden añadirle gastos.

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

- Pérdida de ingresos debido a las ausencias del trabajo para el tratamiento o la recuperación
- Transporte y alojamiento para usted y su ser querido si el centro de tratamiento está lejos de la 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 están fuera de casa

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

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



Completen juntos la **Planilla 17: Elaboración de un presupuesto** para empezar la planificación de su presupuesto.

Use el siguiente ejemplo como guía para completar la **Planilla 17: Elaboración de un presupuesto**.

Presupuesto de Juana para el mes de agosto

Gastos mensuales	Previstos	Reales
Prima del seguro médico y gastos médicos estimados	\$600	\$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. Conducir al centro oncológico para las citas de tratamiento 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	Previstos	Reales
Sueldo (ingreso neto*)	\$3,500	\$3,500
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/ Seguro Social 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 ingreso		
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 (total de ingresos menos el total de gastos)	\$335	\$35

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

Opciones de seguros por discapacidad. El seguro por discapacidad reemplaza los ingresos de las personas cuyas afecciones médicas les dejan incapaces de trabajar por un período de tiempo o permanentemente. 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.

Si el paciente no puede trabajar, considere la posibilidad de solicitar el Seguro por Incapacidad del Seguro Social.

- Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)
 - Esta opción es un programa de reemplazo de los ingresos para las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad. Para obtener más información, llame al **(800) 772-1213** o visite **www.ssa.gov/espanol**.
 - Provisiones compasivas. La Administración del Seguro Social ofrece un proceso de solicitud expeditivo a los solicitantes que tienen ciertas afecciones médicas serias y que cumplen los criterios de discapacidad de la Administración del Seguro Social. Esta agencia gubernamental ha identificado una lista de estas enfermedades y afecciones médicas. En esta lista se incluyen varios tipos de cáncer, entre ellos, la leucemia aguda, el linfoma no Hodgkin en adultos y el linfoma en niños. Para obtener más información, visite **www.ssa.gov/compassionateallowances** (en inglés) o llame al **(800) 772-1213**.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)
 - Esta opción es un programa que ofrece un subsidio mensual a las personas con bajos ingresos que están discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Para obtener más información, llame al **(800) 772-1213** o visite **www.ssa.gov/espanol**.

Programas de asistencia económica

- Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, en inglés)
 - Los beneficios de este programa, comúnmente denominados “cupones de alimentos”, pueden ayudar con los costos de los alimentos. Para solicitar estos beneficios u obtener información sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria, comuníquese con la oficina local del programa. Puede encontrar un listado de las oficinas locales en **www.fns.usda.gov/snap/snap-application-and-local-office-locators** (en inglés).
- Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP, en inglés)
 - Este programa ofrece ayuda para el pago de la factura de la electricidad. Para obtener más información o para completar una solicitud, comuníquese con la oficina local del programa. Puede encontrar una oficina en su localidad en **https://liheapch.acf.hhs.gov/db/index.php** (en inglés) o llame a la línea directa del Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos al **(866) 674-6327**.
- Programa de Asistencia para Copagos
 - A los pacientes que reúnen los requisitos, LLS ofrece asistencia para pagar las primas del seguro médico y los copagos de medicamentos. Para obtener más información, llame al **(877) 557-2672** o visite **www.LLS.org/copagos**.
- Los Especialistas en Información, disponibles al **(800) 955-4572**, pueden ofrecer información sobre otras organizaciones y compañías farmacéuticas que tienen programas de asistencia económica para medicamentos y otros tipos de asistencia económica.

CONSEJO:

Si tiene dificultades económicas para pagar un gasto, podría necesitar usar pensamiento creativo para solucionar el problema. Por ejemplo, es probable que no pueda obtener asistencia económica para pagar la factura de su tarjeta de crédito. Sin embargo, es posible que encuentre programas de asistencia económica que puedan ayudarlo a pagar la factura de la electricidad, de modo que le sobrará algún dinero de su presupuesto que podrá usar para los pagos de su tarjeta de crédito.



Otras posibles fuentes de asistencia

CancerCare

(800) 813-4673 o www.cancercare.org/espanol

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

NeedyMeds

(800) 503-6897 o www.needymeds.org

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



Si su ser querido solicita asistencia económica, es aconsejable que también mantenga un registro de dicha solicitud. Utilice la **Planilla 18: Registro de la asistencia económica** para llevar un registro de las solicitudes.



¿Desea obtener más información y recursos sugeridos? Puede ver, imprimir o pedir la publicación gratuita de LLS titulada *El cáncer y sus finanzas* en www.LLS.org/materiales, o comuníquese con un Especialista en Información al **(800) 955-4572**.

Voluntades anticipadas. Las voluntades anticipadas (advance directives, en inglés) son las instrucciones del paciente sobre su atención médica futura si llegara un momento en el que ya no pudiera hablar por sí mismo. Lo ideal es que este documento esté listo antes de que la persona se enferme o haya una crisis.

Si su ser querido no tiene un documento de voluntades anticipadas, escoja un momento y lugar prácticos para conversar con él o ella al respecto. Deje que su ser querido marque el ritmo de la conversación. Haga su mejor esfuerzo por escuchar, pero tenga previsto cierta resistencia al principio. Cualesquiera sean los deseos de su ser querido, acéptelos y apoye su voluntad, incluso si usted no está de acuerdo.

El registro de voluntades anticipadas generalmente consta de uno o dos documentos legales: un testamento vital y/o un poder notarial para decisiones médicas. El equipo de profesionales médicos puede proporcionarle a usted o a su ser querido información sobre las voluntades anticipadas (y los documentos pertinentes).



También puede descargar información y plantillas en blanco para estos documentos en el sitio web de la Organización Nacional de Hospicios y Cuidado Paliativo en www.caringinfo.org (en inglés).

Cada estado regula de una forma diferente los distintos tipos de voluntades anticipadas. Por este motivo, es aconsejable que consulte con un abogado al preparar un documento de voluntades anticipadas.

Testamento vital. El testamento vital (living will, en inglés) resume los deseos de la persona respecto a su tratamiento médico si él o ella no puede comunicarse al final de la vida. Las leyes estatales definen cuándo puede entrar en vigencia un testamento vital y podrían limitar los tratamientos a los que se aplica el documento. Una persona siempre tiene derecho a negarse recibir tratamiento.

El testamento vital del paciente podría referirse a los siguientes asuntos:

- Soporte vital o uso de equipos, tales como aparatos de diálisis, respiradores y máscaras respiratorias
- Órdenes de no reanimar (DNR, en inglés)
 - Se trata de las órdenes para que los miembros del equipo de profesionales médicos no hagan reanimación cardiopulmonar si el corazón del paciente dejara de latir o si él o ella dejara de respirar.

- Reanimación cardiopulmonar (CPR, en inglés)
 - Se trata de los primeros auxilios que se emplean cuando el corazón del paciente deja de latir o cuando él o ella deja de respirar. La reanimación cardiopulmonar puede incluir masaje cardíaco, electrochoque (desfibrilación) o medicamentos.
- Órdenes de no intubar (DNI, en inglés)
 - Se trata de las órdenes para que los miembros del equipo de profesionales médicos no coloquen un tubo en la nariz ni la boca del paciente con el objetivo de ayudarlo a respirar.
- Nutrición e hidratación artificial
 - Si el paciente no puede comer ni beber, el equipo de profesionales médicos debe recibir instrucciones para saber si puede o no administrar productos nutritivos y/o líquidos por vía intravenosa o mediante una sonda de alimentación.
- Disposiciones en cuanto a la donación de órganos y/o tejidos

Poder notarial para decisiones médicas. Si una persona está incapacitada y no puede tomar decisiones acerca de su atención médica por sí misma, él o ella puede designar a alguien, a quien le otorga el poder notarial para decisiones médicas (medical power of attorney, en inglés) para que tome esas decisiones en su nombre. A veces se usan los términos apoderado o representante para decisiones médicas para referirse a esta persona. En muchos estados, la persona designada puede hablar en nombre del paciente en cualquier momento, no solamente al final de la vida, si este no puede tomar decisiones por sí mismo.

Asuntos financieros. Los costos de la atención al final de la vida pueden ser considerables. Los asuntos financieros son importantes, y es común que se sufra de estrés a causa de ellos en ese momento. Las familias se enfrentan a las enfermedades terminales y las preocupaciones financieras de diferentes maneras. Es importante que usted y su ser querido no se sientan culpables si tienen preocupaciones al respecto.



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 LLS, disponibles al **(800) 955-4572**, pueden ofrecer información y remisiones a otras organizaciones para ayudarlo.
