

# 6 ASUNTOS FINANCIEROS Y LEGALES

**Equilibrio con el trabajo.** La gran cantidad de responsabilidades que implica cuidar de una persona con cáncer a menudo causa conflictos que afectan al cuidador en su trabajo. El trabajo es una necesidad financiera y una fuente importante de satisfacción personal, 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 que tiene como 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. En algunas ocasiones, es necesario compartir algo de información sobre una afección médica, pero no tiene que contarlo todo, ni siquiera el diagnóstico específico. Para obtener más información, visite [www.triagecancer.org/QuickGuide-Disclosure](http://www.triagecancer.org/QuickGuide-Disclosure) (en inglés).

Tal vez encuentre que sus compañeros de trabajo lo tratan de manera diferente debido a que pasa menos tiempo en el lugar de trabajo. La decisión sobre cuánta información compartir con sus compañeros de trabajo también es suya. En la mayoría de los casos, sus compañeros de trabajo probablemente se mostrarán comprensivos. La mayoría de las personas conocen a alguien o tienen un ser querido que ha 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 septiembre de 2019.

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

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

Nota: en febrero de 2015, la División de Salarios y Horas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos anunció una norma actualizada en la que se revisó la definición de “cónyuge” según la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) de 1993. Esta actualización modifica la definición de cónyuge para que los empleados que reúnan los requisitos y que estén legalmente casados con una persona del mismo sexo puedan tomarse licencia (conforme a la FMLA) para cuidar de su cónyuge o 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 que cumple los criterios de las estipulaciones de la FMLA. La licencia intermitente (que puede consistir en incrementos de horas, días o semanas) suele utilizarse cuando el empleado necesita recibir tratamiento o acudir a consultas de seguimiento en forma continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual el empleado necesita reducir la cantidad de horas que trabaja por día o por semana, por lo general para cuidar de un familiar o para reducir su nivel de fatiga o estrés.

### ¿DESEA OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

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



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



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

**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
- 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 la póliza de seguro.

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

- Sea proactivo y manténgase informado. Asegúrese de que los pagos de las primas del paciente se hagan a tiempo y en su totalidad para evitar ya sea una interrupción o una cancelación de la cobertura. Revise las pólizas del plan de seguro médico 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 el contacto directo y responderá a las preguntas que tenga sobre las reclamaciones y/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. Si el paciente tiene una póliza ofrecida por su empleador, tal vez haya un asesor de beneficios o un representante de empleados en la compañía o lugar de trabajo con quien se pueda hablar para pedir asesoramiento y orientación sobre cualquier inquietud que tenga el paciente en relación con su cobertura del seguro médico. También puede llamar a varias otras organizaciones (incluyendo la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma) para pedir ayuda.
- Cree un sistema de archivo que funcione para usted y su ser querido. Esto le permitirá encontrar información rápida y fácilmente. Guarde copias de todas las reclamaciones y documentación correspondiente 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 estos gastos puedan declararse a efectos fiscales (en la declaración de impuestos del paciente).



Utilice la **Planilla 15: Registro de llamadas relativas al seguro médico** en la página 147 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. Usted y su ser querido deben familiarizarse con los siguientes términos relacionados con los seguros médicos:

- **Primas.** Se trata del costo mensual de la participación en el plan.
- **Deducible.** El deducible es un monto fijo de dinero que cada paciente debe satisfacer (pagar de su propio bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- **Copagos.** Un copago es el monto fijo de dinero que paga el paciente al momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Los copagos generalmente no se aplican a los montos del deducible. El monto del copago puede variar en función de si el paciente acude a un especialista o 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.** Se trata de un proveedor que es contratado por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas. El monto que el paciente paga por un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que pagaría por un proveedor fuera de la red.
- **Proveedor fuera de la red.** Se trata de un proveedor que no está contratado directamente por el plan de seguro médico.
- **Beneficio máximo anual y de por vida.** Estos términos se refieren a los beneficios máximos que se pagarán por cada persona inscrita en el plan cada año o durante la vida de la persona.
  - Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés), en el caso de los años de los planes que comenzaron el 23 de septiembre de 2010 o posteriormente, los planes no pueden continuar imponiendo límites (caps, en inglés) de por vida y, a partir del 1 de enero de 2014, los planes ya no pueden imponer límites anuales a los beneficios de salud esenciales.

**Tipos de planes de seguro médico.** 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 privados y la cobertura que ofrecen podrían no ser exactamente iguales a la descripción de la cobertura conforme al plan de su ser querido. Consulte siempre la información sobre la cobertura del plan de su ser querido.

#### **Organización 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 médicas.
- A los miembros del plan que necesitan acudir a un especialista se les suele exigir que obtengan una remisión de parte del médico de atención primaria.
- Los pacientes tal vez necesiten obtener una precertificación antes de recibir atención en un hospital cuando no es una emergencia y antes de recibir algunos tipos de atención ofrecidos por especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que necesitan recibir atención en casos de emergencia se lo informen al proveedor del plan en el período de 24 horas después de haber recibido la atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Medicaid.** Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y familias que tienen ingresos 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](http://www.medicaid.gov/state-overviews/index.html) (en inglés) para obtener más información sobre el programa Medicaid en su estado.

**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 de 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 ellos 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, 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](http://www.cms.gov/limitedincomeandresources) (en inglés).
- Se está eliminando un aspecto de Medicare que limita la cobertura de medicamentos de tal 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 Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) reducirá gradualmente el monto que los pacientes pagan por todos sus medicamentos recetados una vez que alcancen el intervalo sin cobertura. Visite <https://es.medicare.gov> para obtener información detallada.

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](http://www.tricare.mil) (en inglés). Los veteranos de guerra que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam o Corea podrían 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](http://www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange) (en inglés). Para obtener información general acerca de este departamento gubernamental, llame al **(800) 827-1000** o visite [www.va.gov](http://www.va.gov) (en inglés).

**Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés).** Los empleados 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, 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) en situaciones como la de un cónyuge que sufre un divorcio o separación legal de un empleado con cobertura, 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). Podría no ser la opción más económica, pero COBRA le brindará continuación de la cobertura y tiempo a la persona para buscar otras opciones sin que haya una interrupción de la cobertura.

**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 de seguro médico privados. Estas cuentas le otorgan al participante la oportunidad de prepararse para pagar gastos médicos específicos y acumular beneficios tributarios.

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

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

## CONSEJO:

Cuando busque un nuevo plan de seguro médico, recuerde que el costo no es lo único que debe considerarse. Los pacientes también deben tomar en consideración la calidad de la cobertura, o podrían terminar pagando más por los gastos médicos en general.

**Información para entender el plan de seguro médico.** Para estimar el costo de la atención médica, usted y su ser querido deben entender la cobertura ofrecida por el plan de seguro médico de él o ella. Use esta tabla para resumir todos los detalles del plan en un solo lugar.

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



Utilice la **Planilla 16: Información para entender el plan de seguro médico** en la página 149 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, el paciente puede solicitar que la decisión se anule al presentar una apelación. Usted puede ayudar a su ser querido a presentar una apelación y a llevar un registro de la respuesta del proveedor del seguro médico. Antes de que él o ella presente 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 el paciente puede apelar la decisión. Para mejorar la probabilidad de que la apelación sea exitosa, es importante realizar todos los trámites requeridos y presentar todos los documentos clave dentro de los plazos establecidos. Mantenga 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 que se comuniquen con usted o el paciente
- Resúmenes de sus conversaciones y todos los documentos escritos emitidos por la compañía de seguros



Utilice la **Planilla 17: Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico** en la página 151 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 su sitio web 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 al personal de su plan de salud 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 tanto, no se debe realizar pagos con base en la información que se encuentra en ese documento. El hospital o proveedor de servicios médicos 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 oportunidad 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 denomina “formulary”, en inglés), ¿existe un proceso por el cual se pueda solicitar una excepción? ¿El médico de mi ser querido 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 para obtener ayuda. Es posible que este departamento lo remita a una organización independiente que puede encargarse de este nivel de apelación. Usted también puede optar por obtener ayuda de un trabajador social o un abogado.

Si su 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, los derechos del paciente 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 de la Fundación del Defensor del Paciente en [www.patientadvocate.org](http://www.patientadvocate.org) y Triage Cancer en [www.triagecancer.org/espanol](http://www.triagecancer.org/espanol).

---

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

**Presupuesto.** Planificar un presupuesto de antemano y ajustarse 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, busque 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 con 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 18: Elaboración de un presupuesto** en la página 153 para empezar la planificación del presupuesto.

---

Use el siguiente ejemplo como guía para completar la **Planilla 18: Elaboración de un presupuesto** en la página 153.

### Presupuesto de Juana para el mes de agosto

Gastos mensuales	Previstos	Reales
Prima del seguro médico y gastos médicos estimados	\$600	<b>\$700</b>
Alquiler/hipoteca	\$1,025	\$1,025
Servicios públicos (electricidad, gas, agua)	\$135	<b>\$130</b>
Comestibles/comidas	\$325	<b>\$350</b>
Teléfono/celular	\$50	\$50
Cable/Internet/servicios de emisión en continuo	\$150	\$150
Transporte (pago del automóvil, combustible, pasaje de autobús)	\$300	<b>\$450</b>
Pago de deudas (tarjetas de crédito/préstamos)	\$200	\$200
Primas de otros seguros (automóvil/vida)	\$75	\$75
Limpieza del hogar/mantenimiento del césped		
Cuidado infantil	\$250	<b>\$265</b>
Otros gastos	\$55	<b>\$70</b>
<b>Total de gastos</b>	<b>\$3,165</b>	<b>\$3,465</b>
Ingresos mensuales y sus fuentes	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 ingresos		
<b>Total de ingresos</b>	<b>\$3,500</b>	<b>\$3,500</b>

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

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

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

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

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

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

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

**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)
  - Este 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](http://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 graves y que cumplen los criterios de discapacidad que tiene establecidos. Esta agencia gubernamental ha identificado una lista de estas enfermedades y afecciones médicas. En esta lista se incluyen varios tipos de cáncer, entre ellos, las leucemias agudas, el linfoma no Hodgkin en adultos y el linfoma en niños. Para obtener más información, visite **[www.ssa.gov/compassionateallowances](http://www.ssa.gov/compassionateallowances)** (en inglés) o llame al **(800) 772-1213**.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).
  - Este 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](http://www.ssa.gov/espanol)**.

### Programas de asistencia económica

- Programa de Asistencia Nutricional 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 de Asistencia Nutricional Suplementaria, comuníquese con la oficina local del programa. Visite **<https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>** (en inglés) para encontrar un listado de las oficinas locales.
- Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP, en inglés)
  - Este programa ofrece ayuda para el pago de las facturas de la electricidad. Para obtener más información o para completar una solicitud, comuníquese con la oficina local del programa. Puede encontrar la oficina local en **<https://liheapch.acf.hhs.gov/db/index.php>** (en inglés), o llame a la línea directa del proyecto nacional de remisiones para asistencia con las necesidades de energía al **(866) 674-6327**.

### Programas de asistencia económica de LLS

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



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.

## CONSEJO:

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



Otras posibles fuentes de asistencia

**CancerCare**

**(800) 813-4673** o **[www.cancercare.org/espanol](http://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 algunos tipos de gastos.

**NeedyMeds**

**(800) 503-6897** o **[www.needymeds.org](http://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 una serie de programas, por ejemplo, asistencia para enfermedades y problemas médicos específicos, asistencia para completar solicitudes, programas financiados 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 19: Registro de la asistencia económica** en la página 155 para llevar un registro de las solicitudes.



Para obtener más información sobre el cáncer y los asuntos financieros correspondientes, visite **[www.LLS.org/materiales](http://www.LLS.org/materiales)** para consultar, imprimir o pedir la publicación gratuita de LLS titulada ***El cáncer y sus finanzas***.

---



