

8 INFORMACIÓN SOBRE ASUNTOS FINANCIEROS Y LEGALES

Equilibrio con el trabajo. La gran cantidad de responsabilidades que implica cuidar a una persona con cáncer suele causar 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 informarse acerca de la política de la compañía en cuanto a los empleados que cuidan de un ser querido con 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 corresponde, pida que también le envíen una copia a su supervisor. Puede leer más sobre esta ley en la sección titulada **Ley de Ausencia Familiar y Médica para cuidadores** a continuación.
- Aproveche las políticas de tiempo flexible o de trabajo desde casa. Si no existe una política establecida al respecto, considere la posibilidad de pedir que le otorguen un horario flexible.
- Ofrézcase a trabajar un turno menos deseado, o esté dispuesto a compensar el tiempo que ha tomado para sus responsabilidades como cuidador trabajando los días o turnos que la mayoría de las personas prefieren no trabajar. Esta flexibilidad de su parte demostrará a su empleador su compromiso con la compañía y su trabajo.
- Considere la posibilidad del empleo compartido (job sharing, en inglés) o de trabajar a tiempo parcial, si es posible.
- 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 deba ausentarse del trabajo para encargarse de sus responsabilidades como cuidador, establezca prioridades y lleve a cabo primero las más importantes. Delegue responsabilidades siempre que pueda. Márquese un ritmo; no se dedique tanto tiempo a un área de responsabilidades que sea ineficaz en otra.
- Consiga todo el apoyo que pueda de parte de familiares, amigos y recursos comunitarios.
- La decisión de divulgar información o no a su empleador sobre una afección médica es una elección personal. Todas las personas tienen derecho a mantener la información en privado. En algunas ocasiones, es necesario compartir algo de información sobre una afección médica, pero no tiene que contarle todo, ni siquiera el diagnóstico específico. Visite www.triagecancer.org/guía-rápida-divulgación para obtener más información.

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

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

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

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

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

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

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

Existen tres tipos de licencia conforme a la FMLA:

- Licencia continua, en la cual un empleado se ausenta durante más de 3 días laborales consecutivos y ha recibido tratamiento por parte de un médico.
- Licencia intermitente, en la cual un empleado se ausenta por períodos más cortos debido a una afección grave que cumple los criterios estipulados por la FMLA. La licencia intermitente (que puede consistir en incrementos de horas, días o semanas) suele usarse cuando el empleado necesita recibir tratamiento o acudir a consultas de seguimiento de manera continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual un empleado necesita reducir 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 la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, en inglés), visite la página web del Departamento de Trabajo en www.dol.gov/whd/fmla (en inglés) o llame al **(866) 487-9243**.



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



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

Recibir un pago por ser cuidador. En algunos casos, es posible que los cuidadores reciban un pago por cuidar a sus seres queridos.

- **Exenciones de Medicaid:** a través de Medicaid, todos los estados ofrecen algún tipo de programa de asistencia autoadministrado (manejado por el consumidor) para el cuidado personal que permite, hasta cierto punto, al beneficiario del servicio elegir a un cuidador remunerado. Muchos estados permiten a los participantes contratar a amigos y familiares para que les brinden la asistencia necesaria. Algunos estados (aunque no todos) incluso permiten que los cónyuges sean cuidadores remunerados. El paciente debe ser un beneficiario de Medicaid. Los requisitos de inscripción y las particularidades de los programas varían según el estado. La cantidad de fondos que recibe la persona depende de las estipulaciones del programa estatal, las necesidades del paciente y el salario promedio de los asistentes de salud a domicilio en ese estado. Para informarse más, visite el sitio web del Consejo Americano sobre Envejecimiento en www.medicaidplanningassistance.org/getting-paid-as-caregiver (en inglés).
- **Programas que no forman parte de Medicaid:** en algunos estados hay otros programas, aparte de Medicaid, que ofrecen remuneración para cuidadores o que ayudan con el pago de la atención de relevo u otras necesidades de cuidado. Las particularidades del programa y los requisitos de inscripción para beneficiarios y cuidadores varían.

Para buscar información acerca de los programas de Medicaid y los que no son de Medicaid, organizados por estado y con la información de contacto correspondiente, visite el sitio web de la Alianza de Cuidadores Familiares en www.caregiver.org/connecting-caregivers/services-by-state (en inglés).

Seguro médico. Los planes de seguro médico ayudan a pagar los tratamientos médicos costosos y pueden 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

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) establece ciertas protecciones para los consumidores que adquieren pólizas de seguro médico. Si desea informarse más, visite www.LLS.org/materiales para consultar la publicación titulada *El cáncer y sus finanzas*.

Conozca la cobertura del paciente. Los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer deben saber exactamente qué tratamientos y servicios médicos cubren sus planes de seguro, cómo proteger sus beneficios, con qué recursos cuentan para cubrir cualquier carencia en la cobertura del seguro y qué gastos necesitarán pagar de su bolsillo. Los sobrevivientes de 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. Esta persona será el contacto directo y responderá a las preguntas que tenga sobre las reclamaciones y/o la póliza. Cuando muchos tratamientos médicos son necesarios, puede ser útil contar con una persona específica con quien hablar en la compañía de seguros. Si el empleador del paciente facilita la póliza, 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 obtener 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. La carpeta serviría para guardar las cartas explicativas de la necesidad médica, las facturas, los recibos, las solicitudes de licencia por enfermedad, etc. Lleve también un registro escrito de cualquier conversación telefónica que tenga con el personal de las compañías; asegúrese de incluir el nombre de la persona con la que habló, un resumen de la conversación y la fecha.
- Lleve un registro de todos los gastos médicos que no han sido reembolsados. Esto podría incluir las fechas de cada servicio, el monto pagado y el nombre del médico que prestó el servicio. Tal vez sea posible declarar estos gastos a efectos fiscales.



Utilice la **Planilla 15: Registro de llamadas relativas al seguro médico** para mantener un registro de las comunicaciones con la compañía de seguros.

Información para entender los términos y gastos. Las personas que tienen seguro médico deben leer sus pólizas atentamente para entender los servicios 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.** Este es un monto fijo de dinero que cada paciente debe satisfacer (pagar de su bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- **Copagos.** Un copago es el monto fijo de dinero que paga el paciente al momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados. Los copagos generalmente no se aplican a los montos del deducible. El monto del copago puede variar en función de si el paciente acude a un especialista o a un médico de atención primaria (PCP, en inglés).
- **Coseguro/gastos compartidos.** Se trata de ciertos porcentajes de los gastos médicos que comparten el paciente y el plan de salud. Este costo se paga además de los deducibles y copagos. Por ejemplo, si Patricia tiene un plan 80/20, el asegurador paga el 80 por ciento de los gastos cubiertos y ella paga el 20 por ciento restante de los costos de servicios médicos o medicamentos recetados.
- **Gastos de su bolsillo.** Se trata del monto total de gastos médicos que es responsabilidad del paciente.
- **Monto máximo de gastos de su bolsillo.** Esto se refiere al límite del monto total que una compañía de seguros médicos exige que el paciente pague en deducibles y coseguro por año. Después de alcanzar este monto máximo, el paciente ya no paga el coseguro porque el plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos. Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan. También deben seguir pagando sus primas mensuales.
- **Proveedor dentro de la red.** Se trata de un proveedor contratado por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas. El monto que el paciente paga por los servicios de un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que pagaría por los de un proveedor fuera de la red.
- **Proveedor fuera de la red.** Se trata de un proveedor que no está contratado directamente por el plan de seguro médico de la persona.

Tipos de planes de seguro médico. La siguiente es una lista de 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.

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

Se trata de una red de proveedores (médicos, hospitales y clínicas) que ofrecen costos reducidos por los servicios médicos a los miembros de los planes. En un plan HMO:

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

Organizaciones de proveedores preferidos (PPO, en inglés)

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

- Los miembros tal vez paguen un monto de copago estándar por una consulta.
- Los miembros pueden optar entre proveedores dentro o fuera de la red en lugar de limitarse a proveedores designados.

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

Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO, en inglés)

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

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

Planes de punto de servicio (POS, en inglés)

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

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

Planes de pago por servicio (FFS, en inglés)

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

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

Medicaid. Medicaid ofrece cobertura a algunas personas y familias que tienen ingresos y bienes limitados. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid con sus propias reglas en cuanto a los requisitos de inscripción y la cobertura. Visite www.medicaid.gov/state-overviews/index.html (en inglés) para informarse más sobre el programa Medicaid en el estado donde vive su ser querido.

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 cualquier persona con enfermedad renal en fase terminal que necesite diálisis o con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés). Medicare ofrece cobertura médica básica y se divide en las siguientes partes o beneficios:

- La **Parte A (seguro hospitalario)** ayuda a pagar la atención de pacientes hospitalizados, algunos servicios de atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada, la atención en hospitales psiquiátricos y los servicios de atención para pacientes terminales (hospice care, en inglés).
- La **Parte B (seguro médico)** ayuda a pagar los servicios médicos, las consultas médicas, las pruebas de laboratorio, las terapias para pacientes ambulatorios y otros servicios profesionales, así como algunos servicios preventivos.
- Los **planes de la Parte C (planes 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 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. Las reglas de los planes individuales pueden cambiar cada año y lo hacen.
- La **Parte D (cobertura de medicamentos recetados)** ofrece cobertura tanto para medicamentos de marca comercial como genéricos. Los pacientes pueden elegir e inscribirse en un plan de medicamentos recetados (PDP, en inglés) que es independiente 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 bienes 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 subvenciones para personas con bajos ingresos, denominado Extra Help, en www.cms.gov/limitedincomeandresources (en inglés).
 - Después de pagar el monto del deducible anual, lo máximo que un paciente pagará por los medicamentos cubiertos es el 25% de su costo. Se ha eliminado gradualmente el denominado agujero de rosquilla (“donut hole”, en inglés) que limitaba la cobertura de medicamentos de modo que los pacientes tenían que pagar el 100% del costo de sus medicamentos de su bolsillo.

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

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

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.

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

Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés). Los empleados que pierdan, dejen o cambien sus empleos, o los hijos que superen la edad permitida para seguir en el plan de seguro médico de sus padres, podrían reunir los requisitos para permanecer en el plan del empleador conforme a COBRA. Esta ley federal también concierne a los dependientes (cónyuge o hijos) en situaciones como 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. Puede que no sea la opción más económica, pero COBRA le brindará continuación de la cobertura y tiempo para buscar otras opciones sin que haya una interrupción de la cobertura.

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

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

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

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 que facilita el plan de seguro médico. 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: \$ _____																					
Monto máximo de gastos de su bolsillo	Por persona por año: \$ _____	Por familia por año: \$ _____																					
Copagos y/o coseguro	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Copago</th> <th>Coseguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consultas de atención primaria:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Consultas con especialistas:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Hospitalización:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Sala de emergencia:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Atención de urgencia:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos recetados*:</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ %</td> </tr> </tbody> </table>			Copago	Coseguro	Consultas de atención primaria:	\$ _____	_____ %	Consultas con especialistas:	\$ _____	_____ %	Hospitalización:	\$ _____	_____ %	Sala de emergencia:	\$ _____	_____ %	Atención de urgencia:	\$ _____	_____ %	Medicamentos recetados*:	\$ _____	_____ %
	Copago	Coseguro																					
Consultas de atención primaria:	\$ _____	_____ %																					
Consultas con especialistas:	\$ _____	_____ %																					
Hospitalización:	\$ _____	_____ %																					
Sala de emergencia:	\$ _____	_____ %																					
Atención de urgencia:	\$ _____	_____ %																					
Medicamentos recetados*:	\$ _____	_____ %																					
Estado del plan a partir de esta fecha: _____	Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del deducible individual del paciente Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del deducible familiar del paciente Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del monto máximo de gastos de su bolsillo (individual) Se han alcanzado \$ _____ de los \$ _____ del monto máximo de gastos de su bolsillo (familiar)																						

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



Utilice la **Planilla 16: Información para entender el plan de seguro médico** si hay cambios en el plan de seguro médico.

Denegación de cobertura del seguro médico. Si una compañía de seguros deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, el paciente podría hacer que la decisión se revoque al presentar una apelación. Usted puede ayudar a su ser querido a presentar una apelación y a llevar un registro de la respuesta que recibe del proveedor del seguro médico. Antes de presentar una apelación, comuníquese con el proveedor de seguros para averiguar por qué se denegó el pago. La razón podría ser un error, por ejemplo, un error de codificación.

Sin embargo, si el pago se denegó por otra razón (por ejemplo, porque el asegurador no considera que el tratamiento fue necesario por razones médicas), entonces el paciente puede apelar la decisión. Es importante presentar todos los formularios necesarios y los documentos clave, dentro de los plazos establecidos, para mejorar la probabilidad de una apelación exitosa. Mantenga un registro de:

- La fecha, la hora y el método de cualquier correspondencia con la compañía de seguros (por teléfono, por correo electrónico 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** para llevar un registro de las apelaciones a lo largo del proceso.

En el caso de los planes de atención médica con años de vigencia que se iniciaron a partir 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 que no son urgentes y que el paciente aún no ha recibido
- 60 días por servicios que el paciente ya ha recibido

Usted puede obtener información sobre el proceso de apelación llamando a la compañía de seguros, visitando su sitio web o leyendo los documentos del plan o 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 al monto de su deducible. La mayoría de los formularios de explicación de beneficios empiezan señalando la información específica del paciente y del plan de seguro, así como una lista de los servicios recibidos. Si alguna parte de esta información es incorrecta, es importante que el paciente informe al personal encargado de su plan al respecto.

Por cada servicio por el cual el proveedor de servicios médicos solicite un reembolso, hay una descripción del servicio con un código correspondiente y la fecha en que se prestó el servicio. Una explicación de beneficios no es una factura, por lo que no se debe realizar ningún pago con base en la información que se encuentra en ese documento. El hospital o el proveedor 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 informativa de la denegación?
2. ¿Cuál es el motivo específico de la denegación de la reclamación al seguro? (Esta información debería estar incluida en la carta informativa de la denegación).
3. ¿Puedo obtener por Internet una copia actualizada del documento del plan y del resumen de beneficios y cobertura del plan (SBC, en inglés)? Si no, ¿cómo puedo obtener una copia de esa información? ¿Puede enviármela por correo postal?
4. ¿Con quién puedo comunicarme en la compañía de seguros para hablar sobre la denegación? ¿Puede darme el número de teléfono directo de esa persona?

5. ¿Cómo puedo solicitar una revisión médica externa de la decisión? (Una revisión médica externa ofrece la posibilidad de que el médico del paciente analice el tratamiento del paciente en detalle con otros médicos que usualmente están dentro de la misma área geográfica y ejercen la misma especialidad médica).
6. ¿Hay alguien más con quien pueda hablar si tengo preguntas sobre el proceso de apelación?
7. Si un medicamento en particular no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan de medicamentos recetados (lo que se llama “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 razón por la cual el medicamento es necesario desde el punto de vista médico?

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

- Una revisión interna de parte del asegurador (el primer nivel).
- Una segunda apelación (segundo nivel) al asegurador, si la primera es denegada. Esa apelación será revisada por personas que no participaron en la primera apelación.
- Si esa apelación también es denegada, se realiza una apelación externa a una organización independiente (el tercer nivel). Para empezar este tipo de apelación, puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en su estado. 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 con ciertas regulaciones 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.



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

Administración de las finanzas. Es importante que 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, ofrezca ayuda a su ser querido para crear un presupuesto. Le convendría además crear su propio presupuesto, ya que sus responsabilidades como cuidador también pueden conllevar gastos adicionales.

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

- Salarios no percibidos (pérdida de ingresos) debido al tiempo de licencia del trabajo para el tratamiento o la recuperación
- Transporte y alojamiento para usted y su ser querido, si viven lejos del centro de tratamiento
- 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 puede reducir algún gasto buscando 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 de programas de asistencia económica o de seguro por discapacidad?



Completen juntos la **Planilla 18: Elaboración de un presupuesto** para empezar la planificación del presupuesto.

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

Presupuesto de Juana para el mes de agosto

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

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

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

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

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

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

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

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

Opciones de seguros por discapacidad. Los planes de seguro por discapacidad reemplazan los ingresos de las personas cuyas afecciones médicas les incapacitan para trabajar por un período de tiempo o de manera permanente. Hay diferentes tipos de seguro por discapacidad. Algunos planes privados de seguro por discapacidad pueden adquirirse directamente de una compañía de seguros y otros podrían estar disponibles a través de su empleador. Algunos estados (CA, HI, NJ, NY, RI) y Puerto Rico tienen programas de seguro por discapacidad a corto plazo. También hay dos programas federales que ofrecen asistencia a largo plazo para personas con discapacidades: Seguro por Incapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario.

Si el paciente no puede trabajar, considere la posibilidad de solicitar la asistencia 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. Llame al **(800) 772-1213** o visite **www.ssa.gov/espanol** para obtener más información.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).
 - Este programa ofrece un subsidio mensual a las personas con bajos ingresos que están discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Llame al **(800) 772-1213** o visite **www.ssa.gov/espanol** para obtener más información.
 - **Provisiones compasivas.** La Administración del Seguro Social ofrece un proceso de solicitud expeditivo a los solicitantes con ciertas afecciones médicas graves 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, leucemia aguda, linfoma no Hodgkin en adultos y linfoma infantil. Para obtener más información, visite **www.ssa.gov/compassionateallowances** (en inglés) o llame al **(800) 772-1213**.

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. Pregunte a un miembro del equipo de profesionales médicos, por ejemplo, a un trabajador social, si hay algún programa de asistencia económica local para el cual usted o su ser querido podrían reunir los requisitos.

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 dicho programa, comuníquese con la oficina local del programa. Visite **www.fns.usda.gov/es/snap/state-directory** (en inglés) para encontrar un listado de las oficinas locales.
- Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, en inglés)
 - Este programa ofrece ayuda para el pago de las facturas de la electricidad. Para informarse más o para completar una solicitud, comuníquese con la oficina local del programa. Puede encontrar una oficina en su localidad en **https://liheapch.acf.hhs.gov/search-tool-esp**, o llame a la línea directa del proyecto nacional de remisiones para asistencia con las necesidades de energía al **(866) 674-6327**.

Programas de asistencia económica de LLS

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

CONSEJO:

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



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



Otras posibles fuentes de asistencia:

CancerCare

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

Esta organización nacional sin fines de lucro ofrece servicios, apoyo, información y ayuda práctica de forma gratuita a toda persona afectada por el cáncer, incluyendo a las personas que tienen cáncer.

Entre los recursos para asuntos financieros se incluyen:

- Un programa de asistencia económica que ayuda con los costos relacionados con el tratamiento, tales como transporte, atención domiciliaria y cuidado infantil
- Una fundación que se dedica a brindar asistencia con los copagos de tratamientos recetados para diagnósticos cubiertos
- La base de datos de recursos financieros en Internet “A Helping Hand”, para hacer búsquedas de otros recursos locales y nacionales

Todos los programas de ayuda económica dependen de la disponibilidad de fondos y de que la persona reúna los requisitos. Se ofrece información en español en **www.cancercare.org/espanol**.

NeedyMeds

(800) 503-6897 o **www.needy meds.org**

NeedyMeds es una fuente central de información para las personas que no pueden costear los medicamentos ni los demás gastos de atención médica. En su sitio web se enumeran los siguientes programas (haga clic donde dice “EN ESPANOL” en la parte superior derecha de la página principal):

- Asistencia para enfermedades y afecciones específicas
- Asistencia para la presentación de solicitudes de ayuda
- Programas subvencionados por el estado y centros de Medicaid

Eldercare Locator

(800) 677-1116 o **www.eldercare.acl.gov**

Este es un servicio de la Administración de Asuntos sobre la Vejez de los Estados Unidos que remite a las familias a servicios destinados a adultos mayores que necesitan asistencia con las comidas, la atención domiciliaria, el transporte o la atención de relevo. El sitio web está en inglés.



Si su ser querido solicita asistencia económica, guarde registros de la solicitud y también del resultado de la misma. Utilice la **Planilla 19: Registro de la asistencia económica** para llevar un registro de las solicitudes.



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

Planificación del patrimonio. La planificación del patrimonio se ocupa de los asuntos financieros y prácticos que surgen al final de la vida. Cualquier adulto puede participar en dicha planificación.

La planificación del patrimonio aborda preguntas como las siguientes:

- ¿Qué pasará con las propiedades?
- ¿Quién cuidará a los hijos menores o a otras personas a su cargo?
- ¿Cómo será el funeral?

La planificación del patrimonio puede comprender documentos legales tales como:

- Documentos de declaración de voluntades anticipadas)
- Testamento
- Fideicomiso
- Poder notarial para asuntos financieros

Visite la página web de Triage Cancer en www.triagecancer.org/espanol/#planificacionpatrimonial para obtener información detallada sobre la planificación del patrimonio y los recursos correspondientes.

Seguro de vida. Una póliza de seguro de vida proporciona dinero a una o más personas designadas en caso de que muera el asegurado. La mayoría de las personas consiguen la póliza a través de una compañía de seguros privada o a través de un seguro de vida patrocinado por su empleador. A las compañías de seguros de vida se les permite negarse a vender pólizas a las personas que tienen afecciones médicas preexistentes (como el cáncer) o cobrar más por dichas pólizas. Visite <https://triagecancer.org/GuiaRapida-SeguroDeVida> para obtener más información sobre los tipos de pólizas de seguro de vida y las cosas que debe tener en cuenta cuando elija una póliza.

Es posible que su ser querido ya tenga una póliza de seguro de vida. Pregúntele si tiene alguna y dónde puede encontrar los documentos correspondientes en caso de que fallezca. Le conviene hablar sobre el seguro de vida cuando hablen acerca de sus voluntades en cuanto a atención médica.

