Seguro médico y ayuda financiera para el paciente de cáncer

Cómo cubrir los costos del tratamiento contra el cáncer

Cuando se da la noticia que se tiene cáncer, el cómo pagar por la atención médica usualmente no es lo primero en lo que se piensa. Para la mayoría de las personas, sin embargo, resulta importante tener una cobertura de seguro médico para el tratamiento contra el cáncer y para toda la atención de seguimiento necesaria.

Algunas personas deben resolver los asuntos financieros antes de comenzar un tratamiento médico. Para otras personas, la capacidad de pagar por la atención médica puede convertirse en un problema después de haber comenzado el tratamiento. De todas formas, se requiere de tiempo y esfuerzo para llevar un control de las facturas médicas, seguro médico y las finanzas en general. Esto puede ser especialmente difícil cuando se tiene cáncer.

En este artículo analizaremos algunos de los recursos tanto nuevos como existentes que podrían estar disponibles para ayudar a las personas con cáncer a pagar la atención médica que necesitan. Algunos de estos recursos pueden ser útiles si usted no tiene cobertura médica. Estos recursos incluyen programas gubernamentales que ayudan a personas de bajos recursos a obtener pruebas de detección o tratamiento contra el cáncer, beneficios por incapacidad, ayuda de organizaciones de voluntarios y beneficios en vida de pólizas de seguro, incluyendo los contratos viáticos (éstos se explican más adelante). Incluso si cuenta con seguro médico, puede que descubra que no todos los gastos están cubiertos, y hasta en los casos de buena cobertura, el cáncer aún puede ocasionar problemas financieros.

Es importante contar con información actualizada y precisa, así como comprender bien su situación financiera y la cobertura del seguro. Además, si las primas de su seguro médico no se deducen de forma automática de la nómina de su pago, es importante hacer los pagos a tiempo para mantener la cobertura que usted tiene. Si no cuenta con seguro de salud, la situación puede ser aterradora, aunque existen otras opciones.

Aquí se tratan los siguientes temas:

- Opciones de seguro de salud privado
- Programas gubernamentales (Medicare, Medicaid, CHIP, VA, NBCCEDP).
- Opciones si no tiene seguro médico.
- Aspectos financieros y cómo conseguir ayuda con los gastos domésticos
- Otros recursos

Opciones de seguro de salud privado

La ley de atención médica, conocida como Ley de Atención Médica Accesible (ACA), tiene como propósito lograr que los seguros médicos privados sean más económicos, especialmente para las personas con enfermedades graves como el cáncer. Lay ley también asegura que la mayoría de los planes de salud cubra la atención médica que los pacientes y sobrevivientes del cáncer podrían necesitar. Esta sección analiza el impacto específico de la ley sobre los diferentes tipos de planes médicos privados.

Para un resumen sobre la nueva ley, por favor, lea nuestro folleto titulado *Ley de Atención Médica*. *Cómo ayuda a las personas que sufren de cáncer y a sus familias* También nos puede llamar al 1-800-227-2345 para recibir la información más actualizada y para respuestas a sus preguntas sobre seguro médico.

Planes de salud colectivos

Los planes médicos colectivos cubren a un grupo de personas, generalmente los empleados en una misma organización, y a menudo incluye a sus dependientes. Algunos empleadores pagan parte de las *primas* del seguro médico del empleado, las cuales son los pagos mensuales necesarios para continuar con la cobertura.

Muchas personas obtienen cobertura médica a través de un plan grupal o colectivo ofrecido por sus empleadores. La nueva ley de atención médica dispone que los empleadores con 50 empleados o más a tiempo completo tienen que ofrecer seguro médico a partir del 15 de enero de 2015 o de lo contrario tendrán que pagar una penalización. Los empleadores con menos de 50 empleados a tiempo completo no están obligados a ofrecer seguro médico.

La ley permite que los empleados con seguros médicos que sean demasiado costosos (más de 9.5% de su ingreso para la cobertura del empleado) compren un plan diferente a través del mercado de seguros médicos de su estado y reciban asistencia financiera para ayudarles a pagar por los seguros. La mayoría de las personas que actualmente recibe su cobertura médica a través del trabajo es propensa a continuar recibiéndola bajo la ley de atención médica.

Planes de salud individuales

Las compañías de seguros venden los *planes de salud individuales* directamente a una persona, no a través de un empleador. Puede que algunos planes individuales también extiendan su cobertura a los familiares o dependientes. Por muchos años, los planes de salud individuales podían variar mucho por los tipos de servicios de atención a la salud que cubrían, la cantidad de servicios de atención médica que pagarían, la cantidad que se les cobrara y los tipos de personas que cubrían. Por ejemplo, las compañías de seguros médicos podían verificar su historial de salud personal y familiar, y requerir exámenes médicos o pruebas de laboratorio antes de decidir si le aprobaban el seguro. Según los resultados, las compañías de seguros médicos podían decidir no ofrecer un seguro médico, o podían cobrar una prima mensual más alta que la que cobraban a personas más jóvenes y saludables. Asimismo, podían requerir a las personas que estaban enfermas o lesionadas que pagaran más por la atención médica o podían denegar la cobertura en total de estas personas. Además, ofrecían diferentes niveles de cobertura, y la mayoría de los planes no cubría la atención médica necesaria para alguien con una enfermedad grave, como el cáncer.

La ley de atención médica accesible establece cambios importantes en los planes de salud individuales, muchos de los cuales van dirigidos a mejorar la cobertura que ofrecen, y permite que sean más económicos para las personas con cáncer u otras enfermedades graves. Por ejemplo, la ley:

- Requiere que los planes médicos cubran a las personas con enfermedades preexistentes, tal como el cáncer.
- Permite que las pruebas de detección para cáncer, tal como mamogramas y colonoscopias, estén disponibles a bajo costo o sin costo para los pacientes.
- Prohíbe que el plan médico cancele la cobertura si el paciente se enferma.
- Requiere que la mayoría de los planes de salud individuales cubra 10 categorías de beneficios esenciales de salud.
- Prohíbe que los planes de seguro médico cobren una mayor cantidad a las personas con alguna enfermedad (incluyendo a los enfermos de cáncer) que a las personas sanas.
- Prohíbe los límites anuales y de por vida en dólares sobre la cantidad de servicios de atención del paciente que el plan pagará.
- Requiere a las aseguradoras que provean un resumen breve y simple sobre la cobertura a los asegurados actuales y a las personas que compren cobertura.
- Permite que los adultos jóvenes puedan permanecer en el seguro médico de sus padres hasta la edad de 26 años.
- Asegura que los pacientes que participan en estudios clínicos sean cubiertos para otras necesidades de salud.

- Ayuda a los individuos de bajos o moderados ingresos a que adquieran seguro médico.
- Requiere que la mayoría de los estadounidenses compren un seguro médico o paguen una penalización con sus impuestos.

Planes de salud de derechos adquiridos, excepciones y cancelaciones

Los planes de salud individuales que no cumplan con los requisitos de la nueva ley, incluyendo a los que se mencionaron anteriormente, pueden seguir a la venta solo si existían antes de la fecha en que se firmó la ley en marzo de 2010 y que han permanecido esencialmente igual desde entonces (a estos planes se les conoce como “planes de salud de derechos adquiridos”).

Los planes de salud que hayan incurrido en cambios sustanciales en su cobertura a partir de marzo de 2010, o que hayan sido creados desde entonces, deberán adaptarse a las disposiciones de la nueva ley, con algunas excepciones. Una excepción importante aplica a los planes de salud que técnicamente no son de derechos adquiridos pero que aún no cumplen con las disposiciones legales para la cobertura. Estos planes sin derechos adquiridos, los cuales aplican a planes individuales y planes colectivos pequeños, podrán seguir siendo comercializados hasta el 1 de octubre de 2016.

Las compañías de seguro pueden cancelar un plan de salud por varias razones. Sin embargo, las cancelaciones de planes han recibido mayor atención de lo habitual desde que entró en vigor la ley de atención médica. Gente en todo el país ha recibido notificaciones de parte de sus aseguradoras informándoles que su plan de salud individual ha sido o será cancelado. Los comisionados de seguros estatales tuvieron la opción de permitir que los planes médicos programados a cancelarse a finales de 2013 continuaran siendo vendidos por un año adicional. En los estados donde los comisionados de seguros dieron su aprobación, las aseguradoras tuvieron la opción de seguir vendiendo estos planes a los asegurados actuales. Tenga en cuenta que estos planes pueden aún discriminar según la condición o historial de salud de la persona al cobrar más por la cobertura o denegándola, ya que no se les exige cumplir con todas las protecciones al paciente incluidas en la ley de atención médica. Los planes no pueden continuar ofreciendo cobertura después del 1 de octubre de 2016.

Resulta importante señalar que varias aseguradoras están ofreciendo a las personas cuyos seguros fueron cancelados un plan diferente que cumple con los requisitos legales. Independientemente si las aseguradoras ofrecen esta opción, las personas cuyos planes individuales sean cancelados pueden adquirir cobertura en el mercado de seguros médicos de su estado. Además, podrían recibir asistencia financiera para ayudar a pagar por el seguro médico (más adelante se ofrece información detallada sobre los mercados de seguros médicos).

Dónde obtener cobertura privada: los mercados de seguros médicos

Usted puede comprar su cobertura médica (por Internet, teléfono, correo postal o en persona) a través de los mercados de seguros médicos de cada estado en los EE.UU.

Todos los planes que se vendan en los mercados de seguros médicos tienen que cumplir con los requisitos de la Ley de Atención Médica que exige a los planes cubrir ciertos beneficios. Los pacientes reciben información directa y clara sobre la cobertura ofrecida. Los planes de salud individuales se pueden seguir vendiendo fuera de los mercados de seguros médicos, aunque la asistencia financiera que proporciona la ley para ayudar a las personas y familias de bajos y medianos recursos económicos a pagar por la cobertura solo está disponible con los planes de los mercados de seguros médicos.

Si usted tiene menos de 65 años y no puede obtener cobertura médica a través de su empleador, es posible que pueda comprar un plan médico a través del mercado de seguros médicos de su estado. Las personas y familias de bajos y medianos recursos económicos pueden obtener asistencia financiera a través de los mercados de seguros médicos para ayudarles a pagar por un plan. Las personas con cobertura médica a través del trabajo que tengan primas del seguro médico demasiado altas al compararse con los ingresos que reciben también podrían comprar cobertura médica a través de un mercado de seguros médicos.

La ley de atención médica exige que todos los planes de salud que se vendan en los mercados de seguros médicos estatales cubran prestaciones fundamentales de salud, tales como exámenes de detección del cáncer, tratamiento y cuidados posteriores. Cada mercado de seguros médicos estatal presenta los planes médicos en grupos o “categorías” según el nivel de cobertura que ofrezcan y el costo del plan para el consumidor. La categoría más alta es *platinum* (platino), seguida de *gold* (oro), *silver* (plata) y *bronze* (bronce). El nivel platino conlleva un mayor costo inicial, aunque suele pagar porcentajes más altos y tener deducibles más bajos. Por otro lado, el nivel bronce es menos costoso, pero es más el dinero que tendrá que pagar en caso de una enfermedad.

Una vez que usted proporcione su información, en el mercado de seguros médicos se le indicará si califica para asistencia financiera para comprar un plan. Las personas que ganan hasta $46,680 al año y las familias de 4 miembros con un ingreso combinado de hasta $95,400 al año deben calificar para cierta asistencia dirigida a comprar un plan médico a través del mercado de seguros médicos. En este mercado, también se le indicará si califica para Medicaid, un programa gubernamental que ofrece cobertura médica a las personas de bajos recursos económicos.

La ley de atención médica le provee a los estados la opción de registrar más personas que nunca antes en la cobertura de Medicaid, aunque no todos los estados han decidido hacer esto. En esos estados, algunas personas con recursos económicos muy bajos tampoco calificarán para asistencia dirigida a pagar un plan en el mercado de seguros médicos. Para detalles sobre si califica y por cuánto, visite www.HealthCare.gov o www.CuidadoDeSalud.gov, o averigüe cuál es su mercado de seguros médicos en su estado llamando al 1-800-318-2596.

Cómo inscribirse en un plan de los mercados de seguros médicos

El próximo período de inscripción está programado para comenzar en octubre de 2015, aunque la fecha aún no se ha indicado. Esta será una oportunidad para que las personas se inscriban en un nuevo plan o seleccionen un plan diferente. Después que concluya el periodo de inscripción, sólo las personas con un evento importante en la vida, como el

nacimiento de un hijo, o la pérdida de seguro de salud (debido a situaciones como divorcio o la separación legal, renuncia a un empleo, muerte del cónyuge, o jubilación del cónyuge) pueden inscribirse en un plan del mercado. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del evento para inscribirse en un plan del mercado. A esto se le llama período de inscripción especial. Existen varias formas de inscribirse:

- Visite www.HealthCare.gov, la página oficial en Internet de los mercados de seguros médicos del gobierno federal. Ya sea que su estado ofrezca el mercado de seguros médicos administrado por el gobierno federal o su propio mercado estatal, usted será dirigido a la página en Internet correcta a través de www.HealthCare.gov. La versión en español puede consultarse en www.CuidadoDeSalud.gov.
- Llame a la línea telefónica gratuita del gobierno federal 1-800-318-2596 para registrarse por teléfono (TTY: 1-855-889-4325). Se ofrece información sobre su mercado de seguros médicos estatal y los planes que en el mismo se venden las 24 horas del día, 7 días a la semana en más de 150 idiomas.
- Solicite en persona con la ayuda de un consejero entrenado en su comunidad. Busque ayuda en su área en localhelp.healthcare.gov.
- Complete una solicitud en papel y envíela por correo postal. Puede descargar el formato de la solicitud en papel y las instrucciones en www.HealthCare.gov o www.CuidadoDeSalud.gov.

Tipos de planes de seguro de salud y lo que se debe pagar

Existen muchos tipos de planes de seguro y de atención médica. Muchos de ellos requieren que pague una mensualidad, conocido como prima. La mayoría también requiere que pague ya sea una cuota fija para las consultas con el médico y otros servicios (lo cual se conoce como el copago), o un porcentaje del costo (referido como el coaseguro). Cada año, es probable que además tenga que pagar cierta cantidad de los costos de su atención médica (conocida como el deducible) antes de que su seguro comience a cubrir sus gastos médicos. Una vez haya cubierto el deducible, su seguro pagará un porcentaje establecido de las facturas de su atención médica durante el resto del año.

Los **copagos** consisten en la cantidad que usted debe pagar al momento de acudir por un servicio, comúnmente una tarifa fija cada vez que visita al médico o recibe otros servicios. A veces los copagos se confunden con el coaseguro, pero no son lo mismo.

El **coaseguro** se refiere al porcentaje de la factura que usted debe cubrir, incluso tras haber pagado la cantidad de deducible anual.

El **deducible** es la cantidad que usted debe pagar cada año por los servicios de salud antes de que el plan médico vaya a pagar por algo.

Puede que tenga que pagar sus facturas médicas y luego completar los formatos y enviarlos a la compañía de seguros para que le rembolsen los gastos de atención médica. Si su médico "acepta" su plan médico, a menudo la oficina enviará la factura a la aseguradora, y luego le enviaría una factura a usted por la cantidad que su seguro de salud no cubra. Usted tiene que mantener un registro de sus propios gastos médicos y los pagos realizados por usted y por su compañía de seguro. Esto puede serle de gran ayuda en caso de que se realice una disputa sobre sus pagos o algún otro problema en el futuro.

A continuación se describen brevemente los planes privados más comúnmente utilizados:

Planes de atención médica administrada

Estos tipos de planes típicamente coordinan o "administran" la atención médica de los inscritos. Hay varias opciones para este tipo de planes en los que algunos planes, como las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), tienen una red de proveedores y hospitales más limitada, mientras que otros modelos, como las organizaciones de proveedores preferentes (PPO) tienen una red de proveedores más amplia.

La mayoría de los planes de atención médica administrada tiene primas, copagos y/o coaseguros más bajos que los seguros de pago-por-servicio tradicionales Los montos de primas, copagos y coaseguros pueden variar entre las compañías de atención médica administrada, e incluso entre los diversos servicios dentro de una misma compañía. Por lo general no se requiere tramitar formatos de reclamación.

Algunos planes de atención médica administrada requieren que sus afiliados usen un proveedor de atención médica primaria que coordina toda la atención de un paciente y

tiene la función de canalizar la atención hacia otros especialistas. Este médico que canaliza por lo general es un doctor de atención primaria responsable de la atención médica general del paciente, y es quien se encarga de organizar y aprobar los tratamientos médicos, pruebas, remisiones a especialistas y hospitalizaciones. Por ejemplo, si requiere consultar con un médico especializado en los pulmones, deberá ser referido por su médico de atención primaria antes de que el especialista pueda atenderle. De lo contrario, su plan podría no pagar por el servicio.

Bajo la mayoría de los planes, los afiliados deberán hacer uso solamente de los servicios de ciertos proveedores e instituciones de atención médica con quienes tienen convenios. Puede que estos planes requieran que los afiliados deban optar por proveedores de una lista o una red de proveedores en particular. Cuando opta por recibir la atención de un proveedor fuera de la red, por lo general usted paga más, o incluso paga el total de la factura sin ayuda de su plan médico. Algunos de estos planes requerirán que pague al menos parte del costo por consultar a alguien fuera de la red en caso de conseguir la aprobación del plan antes de incurrir en la consulta o el servicio (conocido también como *preautorizaicón).*

No solamente las compañías de seguro médico, sino que muchos tipos diversos de instituciones y agencias también patrocinan los planes de atención médica administrada. Entre ellas se incluye empleadores, hospitales, sindicatos, grupos de consumidores y el gobierno, entre otros. Es útil saber los detalles del plan y cómo afectan en su atención médica.

Los tipos más comunes de planes de atención médica administrada son:

- **Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO):** por lo general una HMO cubrirá la mayoría de los gastos requiriendo un copago módico. A menudo las HMO limitan su selección de proveedores de atención médica a los aprobados en la red de proveedores. Esto quiere decir que usted debe revisar el listado para asegurarse que el médico que quiera consultar es uno de los médicos dentro de esta red. De lo contrario, puede que la factura no sea cubierta en parte o en su totalidad. Podría ser que necesite cambiar a un tipo distinto de plan médico que cubra los servicios ofrecidos por su médico, o bien, puede que quiera cambiar a uno de los médicos incluidos en la lista.

- **Planes de punto-de-servicio (POS):** un plan POS es un tipo de HMO. Los médicos de atención primaria en un plan POS por lo general remiten los casos a otros médicos del plan o red de atención médica. Si su médico le remite a un médico que no forma parte del plan (fuera de la red), antes de acudir a éste, deberá verificar si el plan cubrirá parcial o completamente la factura. Pero si usted escoge un médico fuera de la red, usted deberá pagar un coaseguro, incluso si el servicio está cubierto por el plan. El coaseguro es lo que usted deberá pagar adicionalmente a lo que la compañía de seguro paga por cada servicio. Normalmente consiste de cierto porcentaje del costo total, por ejemplo, puede que la compañía de seguro médico pague el 80% de la factura y usted deba pagar el 20% restante.

- **Organización de proveedor de preferencia (PPO):** una PPO es un híbrido de un plan tradicional de pago-por-servicio (descrito a continuación) y una HMO. Al igual que una HMO, usted cuenta con cierto número de médicos y hospitales a los que puede acudir para obtener la máxima cobertura. Al usar los servicios de dichos médicos (a veces referidos como *proveedores de preferencia* o *proveedores de la red*), la mayor parte de sus facturas están cubiertas. Si no llegara a utilizar los servicios de estos proveedores, sino de otros, la PPO le requerirá que pague una parte mayor de la factura. Por lo tanto, tendrá que pagar más dinero cuando seleccione proveedores de atención médica que no formen parte de la red.

Cómo obtener el mayor beneficio de su plan de atención médica administrada: algunas veces usted tendrá que salir de la red para recibir atención médica. Es posible que pueda reducir sus gastos si dialoga y negocia los gastos por adelantado con sus médicos, clínicas, y hospitales al momento de planear cirugía, procedimientos u otros tratamientos. Le recomendamos ponerse en contacto con su aseguradora para saber qué pagará y cuánto tendrá usted que pagar, o si requiere de conseguir una autorización previa de ellos para obtener atención fuera de la red de proveedores. Usted puede utilizar esta información para averiguar si la instalación médica o clínica está dispuesta a aceptar la cantidad pagada por el seguro como pago total. De no ser así, pregunte si están dispuestos a descontar la parte que le han pedido que pague.

Planes de pago-por-servicio

Los planes de pago-por-servicio son los que presentan menos restricciones y ofrecen la gama más grande de proveedores de atención médica. También se les conoce como planes de salud *tradicionales*. Si tiene este tipo de seguro médico, usted puede escoger cualquier médico que acepte su plan médico particular, cambiar de médico en cualquier momento y acudir a cualquier hospital en los Estados Unidos.

Factores que debe tomar en cuenta al adquirir un seguro médico

Para las personas que viven con cáncer, resulta especialmente importante optar por un plan médico que mejor se ajuste a sus necesidades. Al comparar planes médicos, considere un número de factores, incluyendo:

- ¿Cuáles son todos los beneficios cubiertos por el plan?
- ¿Cuáles son todos los costos asociados con el plan, incluyendo primas, deducibles, copagos y coaseguro?
- ¿Están sus proveedores incluidos en la red de médicos y hospitales cubiertos por el plan?
- ¿Cubre el plan los medicamentos que toma? Para más información sobre esto, refiérase al documento (disponible en inglés) de la Red de Acción de Cáncer de la

Sociedad Americana Contra el Cáncer (ACS CAN) *Tips for Choosing a Health Insurance Plan with the Best Prescription Drug Coverage for You*.

Para más información sobre cómo seleccionar un plan médico, vea “Evaluación de la cobertura de seguro médico” en la sección “Opciones de seguro de salud para los no asegurados”.

Otros aspectos que debe saber sobre seguros de atención médica

Cobertura falsa de atención médica y otros engaños

Siempre ha habido personas que buscan lucrarse de los momentos de necesidad y pena ajena, y actualmente están aprovechándose de la ley de atención médica de distintas maneras. Puede que se publiciten con anuncios escritos a mano, anuncios en publicaciones o en sitios en Internet, o bien, ofreciendo sus servicios de puerta en puerta. Puede que sean completamente informales o que cuenten con una línea telefónica 1-800 que los haga lucir como si fueran completamente legítimos. Los tres enfoques básicos que usan son:

Una táctica común consiste en ofrecer una **póliza reducida de atención médica** que no cumple con los requisitos de la ley para cubrir enfermedades graves. Estas pólizas son de bajo costo debido a que obligan a que usted pague por la mayor parte de su propia atención médica. Cuando usted se percata de cuán grave es su enfermedad, puede que sea demasiado tarde para conseguir la cobertura que realmente necesita.

Otro enfoque es mediante una **tarjeta médica de descuento** que le brinda descuentos en gastos menores pero usted debe hacerse cargo de los gastos mayores. Podría ser que los que venden esto usen términos como “cobertura” o “protección”, lo cual no son en realidad. Las tarjetas de descuento pueden ser útiles, pero no puede considerarse un sustituto de un plan de seguro médico.

Un tercer método consiste en ofrecer un **seguro completamente falso de atención médica**. El vendedor recibe su dinero y éste le da un documento a cambio. Puede que le prometa tasas más bajas si lo adquiere ya, y podría ser que el vendedor le diga que esta gran cobertura de bajo costo es algo que “requiere” ofrecer debido a la Ley de Atención Médica Accesible. A veces los estafadores dicen que esto es cobertura patrocinada por programas gubernamentales o que ellos trabajan para el gobierno. O incluso usarán el nombre de una compañía reconocida de seguro médico sin que en realidad trabajen para ésta.

Algunos estafadores han hecho todo lo posible por crear páginas en Internet que imitan a los sitios Web oficinales de los mercados de seguros médicos. Estos sitios están diseñados para engañar a las personas de modo que crean que están en la página oficial. Puede que ofrezcan desde un seguro médico falso hasta una póliza que no cubre las enfermedades graves. Asegúrese de visitar healthcare.gov, la página oficial de su estado, o un sitio Web al que ellos le envíen antes de proveer cualquier información personal.

Robo de identidad

La última forma a través de la cual los estafadores se están aprovechando consiste en una artimaña para tratar de obtener su información personal y financiera con el fin de robar la identidad. Algunos incluso podrían llamar haciéndose pasar por trabajadores del gobierno que buscan “actualizar” su información, solicitando su fecha de nacimiento, número de seguro social o números de cuentas bancarias. De acuerdo a la Comisión de Comercio Federal (FTC), los empleados del gobierno federal nunca hacen llamadas telefónicas para actualizar datos de seguro médico. Si usted recibe alguna llamada de este tipo, evite darles sus datos personales. En su lugar, póngase en contacto directamente con su plan para constatar que en efecto ellos le hayan llamado. Usted puede conseguir el número telefónico sin cargos en www.healthcare.gov o llamando al 1-800-318-2596. Si usted recibe una llamada así, notifique a la FTC vía Internet en www.ftccomplaintassistant.gov o llame al 1-877-382-4357.

Cómo identificar a los estafadores

La mejor forma de evitar a los estafadores es evaluar su compra de seguro en www.healthcare.gov o llamando al 1-800-318-2596. Puede que los estafadores aún le llamen, pero sus elección de seguro puede hacerse de forma seguro en el mercado de seguros médicos independientemente de los esfuerzos hechos por los estafadores.

Si desea evaluar planes que no está incluidos en los mercados de seguro médico, preste atención a vendedores que ofrecen sus productos de una forma insistente (o incluso agresiva), así como quienes ofrecen productos con primas muy bajas, o que le presionan para que se inscriba hoy. Puede que traten de evadir las preguntas que usted tenga, y a menudo no cuentan con todos los detalles de la póliza por escrito. Algunos le ofrecen la cobertura solo si usted se afilia a una asociación, sindicato o algún otro grupo, Puede que por algún tiempo tras haberse inscrito no le den una tarjeta de seguro médico ni la póliza, si es que esto llega a ser proporcionado en lo absoluto. Y cuando tramita una reclamación, no obtiene respuesta o está se emite con mucha demora; y cuando llame le dicen que se debe a una falla con el sistema o error de procesamiento, si es que llegan a responder en lo absoluto. A continuación presentamos algunas sugerencias útiles para protegerse de esto:

- Salvo que esté seguro de quiénes son exactamente y qué es lo que estará recibiendo, no les dé dinero, pero en especial, no les dé información de su tarjeta de crédito, fecha de nacimiento, número de seguro social ni de cuenta bancaria.

- Solicite un Resumen de Beneficios (prestaciones) y léalo cuidadosamente (refiérase a “Cómo administrar su seguro de atención médica” en esta sección). Si tiene dudas, lea la póliza por completo o que alguien la lea para usted.

- Infórmese sobre cualquier asociación a la que le digan que se tenga que afiliar para conseguir la cobertura : investigue en Internet, vea que tengan presencia con una dirección física y que cuentan con una razón de ser legítima adicional a la venta del seguro que le ofrecen.

- Llame al departamento estatal sobre seguros de salud para asegurarse de que el plan que le ofrecen cuenta con licencia en su estado. También averigüe si ha habido quejas hechas contra el plan que le ofrecen (refiérase a la sección “Para obtener más información” para encontrar la información del departamento de seguros de atención médica en su estado).
- Por último, consulte con su médico y farmacéutico para asegurarse que ellos aceptan dicho plan.

Cobertura catastrófica

El tratamiento y control de la mayoría de los casos de cáncer cuesta mucho dinero. Algunos planes médicos ofrecen una cobertura complementaria llamada “cobertura catastrófica” con altos deducibles y primas moderadamente bajas.

A los seguros médicos para enfermedades catastróficas a veces se les llama *planes solo para hospital* o *de corto plazo*. Los planes a menudo no ofrecen cobertura por consultas con el médico, medicamentos ni atención médica de rutina, pero entran en vigor al incurrir en hospitalizaciones y gastos muy elevados. Dependiendo de la póliza, se espera que usted pague unos cuantos miles de dólares (USD) solo por el deducible y cierto porcentaje del coaseguro sobre el resto de la factura. Además deberá pagar por el costo total de cualquier artículo y servicio que no cubra el plan.

Aun cuando pueden ser referidos como “solo para hospital”, los planes no cubrirán necesariamente toda o incluso la mayor parte de su factura de hospital. Resulta importante comprender exactamente lo que cubrirá el plan y no depender del plan para enfermedades catastróficas como cobertura primaria. Estos planes no proveerán cobertura completa para tratar una enfermedad como el cáncer y no cumplen con el requisito de la ley de atención médica para tener seguro médico. Si esta es su única forma de cobertura, probablemente usted aún tenga que pagar una penalización al rendir la declaración de impuestos a menos que a usted se le exima del requisito de comprar un seguro médico.

Los planes de cobertura para enfermedades catastróficas se pueden ofrecer en el mercado de seguros médicos estatales para personas de bajos ingresos u que están exentas de tener una cobertura de salud estándar. Los planes en el mercado de seguros médicos tienen ciertas ventajas sobre los planes de cobertura de enfermedades catastróficas que no se venden en los mercados de seguros médicos en el sentido de que ofrecen cobertura de 3 consultas médicas anuales, así como beneficios para la prevención. Las personas con esta excepción no tienen que pagar una penalización al momento de rendir la declaración de impuestos. Sin embargo, una persona que solicite que se le exima de la compra de un plan médico regular no puede recibir asistencia para pagar las primas de la cobertura para enfermedades catastróficas, aun cuando el ingreso sea muy bajo.

Cuenta de ahorros para gastos médicos

Si usted se ha afiliado o contempla afiliarse a un plan de seguro que tiene un deducible alto, puede que quiera abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (*Health Savings Account*, [HSA]). Usted no tiene que pagar impuestos federales por las contribuciones

que haga a la cuenta si el dinero se usa para pagar por gastos médicos elegibles. Si usa el dinero para cubrir cualquier otro gasto, se le requerirá que pague el impuesto que aplique, así como una penalización.

Tenga en cuenta que una cuenta de ahorros para gastos médicos es diferente a una cuenta de gastos flexible (*Flexible Spending Account* [FSA]). Por ejemplo, usted puede tener una FSA incluso si no tiene un plan médico con un deducible alto. Los fondos de una FSA se establecen para pagar gastos médicos y gastos correspondientes al cuidado de los niños. Sin embargo, el dinero de una FSA que no se use al final de cada año se pierde, mientras que en una cuenta HSA el dinero sigue siendo suyo. Para más información sobre cómo abrir una cuenta HSA, usted puede ponerse en contacto con su empleador, banco o cooperativa de crédito.

Exclusiones para condiciones preexistentes

Una *condición preexistente* es un problema de salud que usted tenía *antes* de unirse al plan de salud. Antes de que la nueva ley de atención médica entrara en vigor, los planes médicos podían imponer un periodo de exclusión por condición prexistente en los pacientes, lo que significaba que el paciente tendría que esperar cierto tiempo antes que el plan pagase por cualquier costo de atención relacionado con la condición médica preexistente. Le espera podía ser tan prolongada como un año para los planes ofrecidos por empleadores, y algunos planes individuales rehusaban cubrir ciertas condiciones preexistentes, como el cáncer.

La ley de atención a la salud prohíbe que la mayoría de los planes médicos impongan periodos de exclusión por condición prexistente o que nieguen cobertura a personas con condiciones preexistentes. Sin embargo, algunos planes médicos, incluyendo algunos de los planes de derechos adquiridos que existían cuando se firmó la ley en marzo de 2010, aún pueden incluir periodos de exclusión por condiciones prexistentes. Los empleadores pueden inscribir a nuevos empleados para planes de derechos adquiridos si el empleador ha tenido el plan desde 2010, por lo que los empleados necesitan preguntar si el plan es de derechos adquiridos.

Planes de derechos adquiridos ofrecidos por empleadores: la ley federal en los EE.UU. ha impedido durante mucho tiempo que los empleadores impongan periodos de exclusión por una condición preexistente en algunas situaciones, una política que aún aplica a los planes de derechos adquiridos ofrecidos por empleadores. Es posible que usted pueda evitar dicho periodo de exclusión en un plan de derechos adquiridos si es que ha tenido seguro de salud con un empleador anterior y no ha estado sin cobertura por más de 63 días. Algunos estados requieren que los planes ofrecidos por los empleadores cubran condiciones prexistentes incluso en personas sin cobertura por más de 63 días. Puede llamar al Departamento del Trabajo de los EE.UU. al 1-866-444-3272 para obtener más información sobre su situación particular (consulte la sección sobre la “Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996” para más detalles).

Pólizas individuales de derechos adquiridos: estos planes dentro del mercado de seguros individuales pude aún imponer un periodo de exclusión para las personas con afecciones preexistentes. si usted tiene un plan individual de derechos adquiridos, el

periodo de exclusión por condición preexistente podría aún extenderse por muchos años o incluso ser ilimitado. Estos planes también pueden continuar la imposición de una *cláusula adicional de eliminación* que excluya por siempre que dicha enfermedad, parte del cuerpo o sistema corporal quede bajo cobertura médica por la póliza. Es importante saber sobre todo esto antes de que se inscriba. (Refiérase a “Planes de fondo común para grupos de alto riesgo” de la sección “Opciones de seguro de atención médica para los no asegurados”).

Los planes de derechos adquiridos desaparecerán: La ley de atención médica define a los planes de derechos adquiridos como aquellos que fueron vendidos cuando la ley entró en vigor en marzo de 2010 y que no han incurrido en cambios significativos en la cobertura que ofrecen ni en los precios que cobran. Debido a que los planes médicos frecuentemente cambian las coberturas y/o los precios cada año, muchos planes perderán su condición de derechos adquiridos con el paso del tiempo. El número total de planes de derechos adquiridos se está reduciendo, y eventualmente solo quedarán unos pocos, si alguno. Si usted ha tenido su plan de seguro individual o su empleador ha tenido el mismo plan por lo menos desde 2010, es importante averiguar si se trata de un plan de derechos adquiridos.

Pólizas de indemnización de hospital y seguro médico complementario

Estas pólizas, referidas a veces como pólizas complementarias de atención médica, pagan una cantidad fija por cada día que una persona se encuentre internada en un hospital. Puede que haya un límite en el número total de días de hospitalización que serán pagados en un año calendario, o un tope en el número de días que serán cubiertos. El dinero recibido por este tipo de póliza puede ser usado de acuerdo a los deseos de la persona asegurada. Por lo general se usa para los costos de atención médica que no estén cubiertos por la compañía de seguro, o para otros gastos que las familias afrontan cuando enferma uno de los familiares.

Estos planes complementarios no proveen cobertura completa para tratar una enfermedad como el cáncer y no cumplen con el requisito de la ley de atención médica para tener seguro médico. Por lo tanto, si esta es su única forma de cobertura, probablemente usted aún tenga que pagar una penalización al rendir la declaración de impuestos. También puede que sea responsable por pagar una cantidad de dinero considerable en efectivo si se le diagnostica una enfermedad grave.

Pólizas de enfermedades críticas: existen otros tipos de pólizas que ofrecen dinero adicional en caso de que una persona presente cierto tipo de problema en su salud, como cáncer, ataque o derrame cerebral o sufra un accidente. Estas pólizas no pueden adquirirse tras el evento o diagnóstico, y generalmente conllevan condiciones y periodos de espera. Para muchas personas, las limitaciones en estos tipos de pólizas implican que el valor que ofrecen no amerita su costo.

Seguro de atención de larga duración: este tipo de seguro no es de atención médica en sí, sino que incluye atención de larga duración ya sea médica o no médica para personas que requieren ayuda para llevar a cabo actividades básicas como comer, vestirse, caminar, ir al baño o bañarse. Los servicios de larga duración podrían ofrecerse en casa, o en la

comunidad, en residencias con asistencia o en asilos. A menudo los familiares de la persona ofrecen este tipo de atención en el hogar sin recibir un pago por ello.

Los términos de las pólizas de seguro de larga duración varían. Por ejemplo, la mayoría de las pólizas no comienzan a realizar el pago por el servicio hasta que hayan transcurrido más de 90 días tras surgida la necesidad, pero algunas entran en vigor incluso hasta transcurrido un año. La atención en el hogar puede que quede cubierta por separado o que no esté cubierta en lo absoluto por ciertas pólizas. El seguro de atención de larga duración puede ser demasiado costoso. Medicare y la mayoría de los planes de seguro de atención médica no cubren el costo de la atención de larga duración.

La ley nacional prohíbe la discriminación en función de las pruebas o resultados de pruebas genéticas

La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés), impide que las compañías de seguro rechacen a los individuos o modifiquen el costo de la prima de sus seguros de salud basándose en información genética o en el uso de servicios genéticos, como la asesoría genética. GINA define la información genética como cualquiera de lo siguiente:

- Las pruebas genéticas propias de la persona.
- Las pruebas genéticas de los familiares.
- Uno o más familiares con alguna enfermedad o algún trastorno genético.

La ley GINA no permite que los planes de atención médica, planes individuales y planes complementarios de Medicare usen la información genética para limitar la inscripción, así como para cambiar el costo de las primas del seguro. También prohíbe que las aseguradoras soliciten o requieran que la persona se someta a pruebas genéticas. Esta ley aplica para todos los planes de seguro de salud (incluyendo los planes administrados por el gobierno federal y estatal, así como planes individuales).

La ley también prohíbe la discriminación por los empleadores en función de los resultados de pruebas e información genéticas. La ley GINA declara que los empleadores no deben discriminar según la información genética (independientemente de cómo hayan conseguido dicha información) para la contratación, despido, recorte de personal e indemnización, entre otras acciones relacionadas con la persona como ascensos, jerarquización o designaciones.

Cómo llevar un control de su seguro de salud

- **NO** deje que su seguro médico caduque.
- Si está por cambiar planes de seguro médico, no deje que la póliza anterior se venza antes de que la póliza nueva entre en vigor (esto incluye cuando se hace el cambio a Medicare).

- Pague las primas de seguro médico y otros costos completamente y a tiempo. Puede que sea difícil conseguir un nuevo seguro, pues no es posible un período de inscripción especial para comprar un seguro en el mercado si usted perdió la cobertura debido a que no pagó las primas.
- Infórmese sobre los detalles de su plan individual de seguro médico y su cobertura. Solicite un resumen de beneficios, una descripción fácil de entender de los beneficios del plan y los costos que usted tendrá que pagar. Si piensa que podría necesitar más cobertura que lo ofrecido por el plan, consulte con su compañía aseguradora si hay algo disponible para usted.
- Cuando sea posible, llame a su compañía de seguro para asegurarse que cualquier servicio médico planeado (como cirugía, procedimientos o tratamientos) no requiera autorización previa.
- Si tiene dudas sobre una factura, asegúrese de llamar o enviar un correo electrónico a su compañía de seguro para evitar que erróneamente se le cobre más de lo debido.
- Envíe sus formatos de reclamación por todos sus gastos médicos, incluso para los cuales no tenga certeza de que estén cubiertos.
- Conserve un registro preciso y completo de las reclamaciones presentadas, pendientes (en espera) y pagadas.
- Guarde copias de los documentos relacionados con sus reclamaciones, tales como cartas de requisitos médicos, explicación de los beneficios (prestaciones), facturas, recibos, solicitudes por licencia médica o licencia médica familiar, y la correspondencia con las compañías aseguradoras.
- Si sus finanzas son limitadas, consiga la ayuda de un asistente social, un asesor financiero o trabajador social del hospital. Con frecuencia, es posible acordar un plan de pagos si usted informa a la compañía o al hospital sobre su situación.
- Envíe sus facturas para rembolso tan pronto las reciba. Obtenga ayuda de familiares o amigos de confianza si empieza a sentirse abrumando(a) con las facturas o al mantener un registro de sus gastos médicos. Póngase en contacto con las organizaciones locales de apoyo, tales como la Sociedad Americana Contra El Cáncer o a las agencias gubernamentales de su estado para obtener ayuda adicional.

Respuestas a preguntas relacionadas con el seguro de atención médica

A menudo surgen preguntas sobre la cobertura del seguro durante el tratamiento. A continuación se ofrecen algunos consejos prácticos para lidiar con las preguntas relacionadas con el seguro de atención médica:

- Contacte el departamento de servicio de atención al cliente de la aseguradora o del proveedor de atención médica administrada.

- Solicite la ayuda del trabajador social de su equipo de atención médica contra el cáncer.
- Los hospitales, clínicas y consultorios médicos por lo general cuentan con alguien que puede ayudarle en preparar los formatos para las reclamaciones de la cobertura de seguro o rembolsos. Un administrador de casos o un asesor de ayuda financiera puede guiarle durante un proceso que a menudo puede ser complicado.
- Contacte la oficina de apoyo a los derechos del cliente de la agencia gubernamental que supervisa su plan de seguro médico (consulte la sección "¿Quién regula los planes de seguro de salud?").
- Infórmese sobre las leyes sobre seguro médico que protegen a la población. Llame al Centro Nacional de Información sobre Cáncer de la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345. También podría visitar http://www.healthcare.gov/using-insurance/understanding/rights/index.html para más información.

Cómo mantener un registro de los documentos del seguro y de los costos de atención médica

Puede tornarse abrumador mantener un registro de las facturas, cartas, formatos de reclamo y otros documentos que llegan al hogar tras un diagnóstico de cáncer. Pero la labor de llevar el registro preciso de las facturas, los reclamos de seguro médico y los pagos ayuda a que las familias administren mejor su dinero y reduzcan los niveles de estrés. Algunas familias cuentan ya con su propio sistema para llevar un control de sus registros y finanzas, y sólo requieren agregar nuevos archivos. Otras puede que tengan que idear un plan de control de todos los trámites y documentos. Un método consiste en mantener una simple libreta con etiquetas para cada mes. Esta es una manera fácil de mantener un registro de las facturas, seguro médico, los pagos y las formas de explicación de beneficios.

La gestión de registros también es importante para quienes desean aprovechar las deducciones fiscales disponibles al momento de declarar sus impuestos de forma desglosada. El Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS por sus siglas en inglés) ofrece información y publicaciones sin costo sobre las exenciones de impuestos para los gastos de tratamiento contra el cáncer (refiérase a la sección "Para obtener más información"). Estas reglas suelen modificarse con el tiempo, por lo que el IRS es la mejor fuente para consultar la información oportuna.

Mantenga un registro con todo lo siguiente:

- Facturas médicas de todos los proveedores de servicios médicos; escriba la fecha en que recibió la factura en cada una de ellas.

- Reclamaciones tramitadas, incluyendo fecha del servicio, médico y fecha de tramitación.
- Rembolsos (pagos que usted recibe de las compañías aseguradoras) recibidos y explicaciones de los beneficios.
- Fechas, nombres y resultados de llamadas telefónicas, correspondencia o mensajes de correo electrónico para las compañías de seguro y otras entidades.
- Los gastos médicos que no fueron rembolsados, los que están pendientes de procesarse por la compañía aseguradora y los relacionados con el tratamiento.
- Gastos de comida y alojamiento.
- Traslados hacia y desde el consultorio médico, lugar de tratamientos, centros de atención médica (incluyendo el costo incurrido en gasolina, kilometraje / millaje, uso personal del vehículo, taxi, autobús, transporte médico o ambulancia).
- Admisiones, visitas clínicas, análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico, procedimientos y tratamientos.
- Medicamentos administrados y suministro de los medicamentos de receta.

Consejos para el mantener un registro:

- Decida quién en la familia es la persona que llevará el registro o cómo será compartida dicha tarea.
- De ser necesario, busque la ayuda de un pariente o amigo. Esto puede ser especialmente importante para personas solteras o que viven solas.
- Establezca un sistema para almacenar todo en un archivo, cajón, caja o carpeta o expediente.
- Revise las facturas tan pronto las reciba y anote cualquier pregunta sobre los cargos.
- Revise todas las facturas y las explicaciones de los beneficios que han sido pagados para asegurarse que todo esté correcto.
- Algunas personas prefieren pagar las facturas con cheques para mantener un registro claro del pago. Si paga las facturas por Internet, usted puede guardar electrónicamente las copias de los pagos en su computadora, o imprimir los comprobantes de pago.
- Guarde y archive todas las facturas, recibos de pago y explicaciones de los beneficios. Si usted paga con cheques, su banco o cooperativa de crédito puede indicarle como obtener copias de cheques cancelados cuando se requiera. Puede que le cobren un cargo, si necesita obtener cheques cancelados o comprobantes de pago en línea de su banco o compañía de tarjeta de crédito.
- Lleve un registro diario de eventos y gastos, una agenda con suficiente espacio para hacer anotaciones puede resultar útil.

- Mantenga una lista de los integrantes de su equipo de atención médica contra el cáncer y todas las personas con las que tiene contacto con sus números telefónicos y de fax, así como direcciones de correo electrónico.
- Investigue qué es lo que se puede deducir de los impuestos para asegurarse de conservar los originales de estos registros (refiérase a la sección de “Para obtener más información” para el número telefónico del departamento de Servicio de Recaudación de Impuestos o IRS de EE.UU.).

Si tiene dificultades para pagar una factura médica

Muchas personas enfrentan momentos en los que se les dificulta pagar sus facturas a tiempo. La mayoría de los hospitales y agencias están dispuestas a hablar y ayudar para resolver estas complicaciones. Para conservar un buen historial crediticio, esté atento(a) de cualquier notificación sobre alguna factura que pronto será delegada a una agencia de cobro. Querrá hacer todo a su alcance para evitar que esto suceda.

Cuando llegue una factura médica que no se puede pagar inmediatamente, las familias pueden tratar lo siguiente:

- Explicar la situación al asesor financiero del hospital o clínica, o a la secretaria del consultorio médico.
- Llegar a un acuerdo de plan de pago para una extensión de tiempo.
- Hablar con el trabajador social de su equipo de atención sobre fuentes de ayuda a corto plazo.
- Considerar pedir la ayuda de familiares y amigos para préstamos de dinero.

Cómo manejar una reclamación denegada del seguro médico

No es inusual que se rechacen algunas solicitudes en las que las aseguradoras declaren que no cubrirán el costo de una prueba, procedimiento o servicio que su médico recete. La nueva ley de atención médica provee a los consumidores más información y el derecho a apelar una reclamación denegada. Por ejemplo, la compañía de seguro tiene que notificarle por escrito que una reclamación ha sido denegada dentro de 30 días después de someter la reclamación por servicios médicos ya recibidos, y dentro de 72 horas en casos de atención de urgencia.

Bajo la ley de atención médica, los planes de salud que no sean de derechos adquiridos (aquellos que comenzaron en o después del 23 de septiembre de 2010 o que iniciaron antes de esta fecha pero que han incurrido en cambios significativos en su cobertura) deben tener un proceso de apelación interno que:

- Permita a los consumidores apelar cuando un plan médico rechaza una solicitud para un servicio cubierto o deja sin efecto la cobertura.
- Proporcione a los consumidores detalles sobre las razones por las que se rechazan las solicitudes de pago o la cobertura.
- Requiere que los planes notifiquen a los consumidores sobre el derecho que tienen a apelar y cómo iniciar el proceso de apelación.
- Ofrece a los consumidores una manera de acelerar la apelación en casos urgentes.

Si la aseguradora deniega una reclamación, tiene que explicarle los derechos que tiene de apelar la decisión. Si usted lo solicita, la aseguradora tiene que proporcionarle toda la información sobre la decisión. Los planes médicos que comenzaron antes del 23 de septiembre de 2010 aún siguen las reglas anteriores de cobertura (de derechos adquiridos).

Antes de apelar bajo un plan de derechos adquiridos, es posible que desee tomar las siguientes medidas:

- Solicitar una explicación completa del motivo de la negación de la reclamación al agente de atención al cliente.
- Revisar los beneficios de su plan de seguro médico. Puede que esto requiera revisar la notificación más detallada del Resumen de Beneficios.
- Ponerse en contacto con el administrador de su plan de seguro de salud si éste es a través de su empleador o del empleador de su cónyuge para más información sobre la denegación.
- Solicitar al doctor que escriba una carta en la que se explique o justifique lo que se ha hecho o lo que se ha solicitado hacer. Mantener una copia de dicha carta en caso de que se requiera hacer una apelación posterior.
- Preguntar a su aseguradora si el plan médico de su trabajo es autoasegurado, y la fecha en que comenzó el plan (averigüe si los requisitos de la nueva ley aplican o si el plan es “de derechos adquiridos”. Esto ayudará a saber cuáles reglas aplican y qué proceso de apelación debe seguir.
- Contactar el departamento estatal de seguros médicos o la agencia que reglamenta la operación de su compañía de seguro para verificar que la compañía ha actuado apropiadamente y que la denegación no haya sido un error. (consulte la sección “¿Quién regula los planes de seguro de salud?”).

Usted puede volver a presentar la solicitud con una copia de la carta de denegación y la explicación de su médico, junto con cualquier otra información escrita que justifique el uso de la prueba o tratamiento que fue denegado. A veces, la prueba o servicio sólo requiere ser “codificado” (expresado) de forma distinta. Si cuestionar o disputar la denegación de esta manera no da resultado, entonces puede que requiera:

- Posponer el pago hasta que se resuelva dicho asunto (conserve toda la correspondencia original que reciba; su equipo de atención contra el cáncer puede ayudar en darle copias si así lo necesita).
- Llevar un registro de fechas, nombres y conversaciones que haya tenido sobre la denegación.
- Solicitar formalmente una *apelación interna* (o *revisión interna*) a la aseguradora. Completar cualquier formulario que la aseguradora requiera, o escribirles una carta explicándoles que usted está apelando la denegación. Incluir su nombre, número de reclamación, número de identificación de su seguro médico, junto con cualquier información adicional, tal como una carta de su médico. Es posible que los integrantes de su equipo de atención del cáncer puedan ayudar con esto.
- Usted tiene 6 meses (180 días) desde que recibió la denegación de su solicitud para radicar una apelación interna.
- Averigüe si usted vive en uno de los estados que tiene un programa especial de asistencia al consumidor (*Consumer Assistance Program* [CAP]) que pueda ayudarle a radicar una apelación.
- Si usted no vive en un estado que tenga ese programa, obtenga la ayuda de la división de servicios al consumidor del departamento o comisión de seguridad médica de su estado. Revise las páginas azules de su guía telefónica o póngase en contacto con la Asociación Nacional de Comisiones de Seguro Médico en Internet en http://naic.org/state_web_map.htm, o puede llamar al 1-866-470-6242.
- Sea persistente. No darse por vencido(a) ni desanimarse por los obstáculos que surjan para resolver esto.
- Averigüe si puede obtener una revisión externa (refiérase a “El proceso externo de apelaciones” a continuación).

El proceso externo de apelaciones

Si su apelación interna es denegada, podría tener derecho a una *revisión externa* independiente, la cual se lleva a cabo por personas ajenas con su plan de salud. Tenga en cuenta que si usted tiene cobertura otorgada por el empleador, puede que tenga que someter una segunda revisión interna antes de que pueda someter una revisión externa. Verifique con su compañía de seguro sobre el proceso. Para asuntos de salud de urgencia, las fechas límites son más cortas, y es posible que usted pueda solicitar una revisión externa al mismo tiempo que pide una revisión interna.

Planes de salud comerciales o externos: la mayoría de los planes de salud comerciales (ofrecidos por las compañías de seguro) participan del proceso de revisión externo federal. Averigüe si su plan es parte de esa mayoría, y si es así puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (www.healthcare.gov) al 1-877-549-8152 para obtener un formato de solicitud de revisión externa, o puede visitar http://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Consumer-Support-and-

Information/csg-ext-appeals-facts.html para más información sobre las apelaciones internas y externas Ahí también podrá obtener un formato de seguimiento que le ayudará a llevar el seguimiento de cada paso en el proceso de las apelaciones.

Planes de salud auto-asegurados: si su plan es autoasegurado (lea la sección "¿Quién regula los planes de salud?"), usted puede preguntar a su aseguradora cómo puede comenzar una revisión externa independiente. O puede contactar a la Administración para la Seguridad de los Beneficios para el Trabajador (*Employee Benefits Security Administration*) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. Usted puede encontrar la información de contacto en la sección "Para obtener más información").

Si se completa todo el proceso de apelaciones internas y externas, y la reclamación sigue siendo denegada, pregunte a su proveedor de servicios si es posible reducir la cantidad de la factura. Muchos proveedores están dispuestos a reducir la cantidad de la factura para obtener un pago más rápido.

Cómo mantener la cobertura médica auspiciada por el empleador

En los Estados Unidos, existen leyes federales que otorgan a estas personas la oportunidad de continuar con la cobertura del seguro médico de la empresa siempre y cuando la persona pueda clasificarse bajo un "evento que califica" para ello (definido a continuación dentro de la sección de la ley "COBRA"). En 2014, la ley de atención médica comenzó a ofrecer la opción de comprar nueva cobertura a través de los mercados de seguros médicos (lo que puede tener diferentes nombres en los distintos estados y también llamarse centro de "intercambio" de seguros). Puede que estos planes ofrezcan más opciones de cobertura de precio razonable que un plan proporcionado por el empleador a través de COBRA. Esto es más importante para las personas que ganan menos dinero, ya que es posible que puedan obtener ayuda financiera en el mercado de seguros médicos con el fin de poder pagar por la cobertura del seguro médico.

Ley de Reconciliación del Presupuesto Omnibus (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1986

COBRA le otorga el derecho de optar por conservar su cobertura del seguro médico bajo cuotas grupales del empleador. Debido a que el empleador por lo general cubre una porción del costo del plan al estar empleado, usted usualmente paga mucho más que lo que pagaba cuando estaba empleado. En la mayoría de los casos, la cobertura puede conservarla hasta por 18 meses; para algunas personas, es posible que lo conserven por unos meses más que eso.

La nueva ley de atención médica ahora ofrece otra opción además de COBRA. La mayoría de las personas puede comprar nueva cobertura a través de los mercados de seguros médicos (lo que puede tener diferentes nombres en los distintos estados y también llamarse centro de "intercambio" de seguros). Puede que los planes del mercado de seguros médicos le ofrezcan más opciones de cobertura a precio razonable para usted

y su familia que un plan proporcionado por el empleador a través de COBRA. Incluso si usted pierde su trabajo en un momento en el que el mercado no tenga un periodo de inscripción, usted tiene 60 días para comprar un plan del mercado de seguros médicos. Lea “Cómo inscribirse en un plan de los mercados de seguros médicos” en la sección “Opciones de seguro de salud privado” para detalles. Esto es más importante para las personas que ganan menos dinero, ya que es posible que puedan obtener ayuda financiera en el mercado de seguros médicos con el fin de poder pagar por la cobertura del seguro médico. Sin embargo, es importante saber que si usted comienza a usar COBRA, tendrá que esperar hasta el próximo periodo de inscripción en su mercado de seguros médicos estatal antes de poder inscribirse.

COBRA está disponible cuando la cobertura del seguro médico se perdió debido a ciertos eventos calificadores. Éstos son:

- Dejar el empleo.
- Reducir las horas de trabajo.
- Divorcio o separación legal.
- La persona cubierta se hace elegible a la cobertura de Medicare.
- Un hijo dependiente deja de ser considerado como tal de acuerdo a los términos del plan.
- Muerte del empleado.

Dependerá del evento calificador el tiempo que COBRA permitirá que la gente conserve su seguro grupal de atención médica. Por ejemplo:

- Se otorga hasta 18 meses de cobertura si deja de trabajar o si reduce su número de horas laborales.
- Es posible que se otorguen 29 meses de cobertura si se considera a la persona asegurada como discapacitada (dicha determinación de incapacidad se realiza por la Administración del Seguro Social).
- Se cuenta con una cobertura de 36 meses para el cónyuge o hijo en caso de un divorcio o separación legal, para la persona que se hace elegible a Medicare, por fallecimiento de la persona o cuando un hijo dependiente deje de ser considerado como tal por el plan actual.

Una persona que es despedida por conducta inapropiada no es elegible para la cobertura COBRA.

COBRA no entra en efecto de manera automática, sino que debe ser solicitada por la persona previamente empleada dentro de 60 días de haber obtenido la notificación de elegibilidad para COBRA, lo cual no siempre será dentro de los 60 días en que se dejó de trabajar. El empleador debe notificar a un empleado por escrito que COBRA está disponible tras haber dejado un empleo o haber reducido las horas de trabajo. Si usted

opta por mantener su seguro médico a través de COBRA durante esos 60 días, la cobertura se contará retroactivamente desde la fecha en que finalizó su cobertura anterior.

Sin embargo, existe también una fecha límite para notificar al administrador de su plan sobre los eventos calificadores que no involucran al empleador directamente, así como también puede que varíe la persona que hará esta notificación, lo cual dependerá en función del evento en cuestión. En casos de cambios en la familia, una de las personas aseguradas debe notificar de acuerdo a las siguientes situaciones:

- Divorcio
- Separación legal
- El hijo de un empleado alcanza la edad de no dependiente

Esto significa que puede que sea el empleado, su cónyuge o su hijo adulto quien necesite notificar al administrador del plan de un evento calificador. Si esta notificación no es proporcionada dentro del tiempo límite, puede que el cónyuge o hijo pierda sus derechos de la cobertura COBRA. Pero si un familiar obtiene la cobertura COBRA debido a uno de estos cambios en la situación familiar, la cobertura podrá extenderse 36 meses. Póngase en contacto con el personal de recursos humanos de la empresa, su compañía de seguro o consulte su póliza para saber los detalles sobre qué debe hacerse y quién debe hacerlo.

Puede conservar su seguro de salud 1) si paga las primas, 2) hasta que la persona quede cubierta por otra póliza de seguro grupal y 3) hasta cierto límite de tiempo. Las primas no pueden exceder el 102% del costo del plan para empleados en circunstancias similares que no cuenten con un “evento que califique”. Puede que pierda la cobertura COBRA (lo que solo puede ocurrir si su plan es de derechos adquiridos) si usted excede los límites de cobertura, si su empleador previo deja de ofrecer toda cobertura de seguro médico, o si logra ser elegible para recibir Medicare después de haber optado por COBRA.

COBRA es administrado por el Departamento de Empleo de EE.UU. en donde podrá obtener más información sobre cómo funciona (refiérase la sección “Para obtener más información”). Las familias a menudo tienen inquietudes sobre su posibilidad de pagar las primas para la cobertura que tenían con COBRA. De ser este el caso, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica quien podrá darle sugerencias que puedan ayudarle con estos gastos.

Para más información, refiérase al documento *¿Qué es COBRA?*

Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996

HIPAA es una ley federal (en EE.UU.) con muchas cláusulas que pueden ser útiles para los pacientes con cáncer. Esta ley aplica solamente para los planes médicos de derechos adquiridos existentes durante el momento en que la Ley de Atención Médica entró en vigor en marzo de 2010 y que no han incurrido en cambios significativos desde entonces.

Permite que una persona que haya tenido cobertura de un plan de derechos adquiridos por al menos 12 meses y sin haberla dejado de tener por un periodo prolongado (por lo general más de 63 días), pueda cambiar de trabajo y que se le garantice otra cobertura con el nuevo empleador, siempre y cuando el nuevo empleador ofrezca cobertura de seguro médico grupal. En este caso puede que no haya periodo de espera y puede que la exclusión de condiciones, así como el periodo de la exclusión se reduzcan o no aplique. Además, no se podrá negar cobertura al empleado, ni a su(s) dependiente(s) debido a una condición preexistente (refiérase a "Exclusiones para condiciones preexistentes" bajo la sección "Otros aspectos que debe saber sobre seguros de atención médica").

HIPAA requiere que las aseguradoras renueven la cobertura para todos los empleados e individuos cuando las primas se han pagado a tiempo. Además garantiza que la cobertura del seguro grupal esté disponible también para empleadores de 2 a 50 empleados, pero no obliga a que estos pequeños empleadores compren y ofrezcan este seguro a sus empleados.

Para más información sobre HIPAA, refiérase al documento *¿Qué es HIPAA?* o póngase en contacto con el departamento estatal o comisión de seguro médico de su estado. (consulte la sección "Para obtener más información" para la información de contacto).

Ley de Licencia por Motivo Médico o Familiar (FMLA por sus siglas en inglés) de 1993

La Ley de Licencia por Motivo Médico o Familiar (FMLA) requiere que los empleadores (con al menos 50 empleados) ofrezcan hasta 12 semanas de ausencia sin goce de sueldo y con protección del empleo para los empleados elegibles por ciertas razones médicas o familiares. Los empleados son elegibles si han trabajado para un empleador con esta cobertura por al menos 1,250 horas en los últimos 12 meses. El empleador deberá mantener la cobertura del seguro de salud del empleado durante su periodo de ausencia por la FMLA.

Esta ley es regulada por la División de Salarios del Departamento del Trabajo de los EE.UU. en donde podrá obtener más información. Remítase a su guía telefónica bajo la sección correspondiente a Gobierno de EE.UU. - Departamento de Empleo para la información de contacto, o refiérase a la sección "Para obtener más información".

Nuestro documento *Ley de Licencia Familia y Médica (FMLA)* también ofrece información más detallada sobre esta opción.

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés)

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) ofrece protección contra la discriminación en el trabajo a cualquiera que tenga o que haya tenido alguna incapacidad, incluyendo cualquier diagnóstico de cáncer. Los padres de hijos dependientes con cáncer, así como las parejas de personas con cáncer también se encuentran protegidos bajo esta ley.

ADA exige a los empleadores privados que empleen a 15 o más personas, así como a sindicatos, agencias de empleo y agencias gubernamentales que traten con igualdad a los empleados, incluyendo los beneficios (o prestaciones) que se les ofrezcan, independientemente de su condición de incapacidad o historial médico. También impide que los empleadores descarten a empleados potenciales que sean padres de niños con discapacidades.

Esta ley, junto con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), facilita cambiar de empleo y transferirse de un plan de seguro médico grupal a otro. Esta ley es administrada por la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE.UU. (*U.S. Equal Employment Opportunity Commission* o EEOC), la cual también puede responder preguntas y ofrecer más información mediante su línea telefónica especialmente para ello: 1-800-514-0301. También puede obtener más información refiriéndose al documento titulado *Ley sobre estadounidenses con discapacidades: información para personas con cáncer*.

Planes de seguro financiados por el gobierno

Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más y para aquellas personas menores de esa edad que presenten ciertas discapacidades. Para calificar para Medicare, usted tiene que ser ciudadano estadounidense o inmigrante legal elegible que reúne ciertos criterios. Puede que las personas jóvenes con cáncer reciban beneficios de Medicare tras obtener los beneficios del Seguro Social por dos años, bajo el programa del Ingreso Suplementario del Seguro. Cada año (del 15 de octubre al 7 de diciembre), las personas bajo cobertura de Medicare pueden revisar y modificar sus elecciones de Medicare.

Puede obtener más información de la Administración de Seguro Social (consulte las páginas azules de su guía o directorio telefónico o en la sección de "Para obtener más información"), o al hablar con el trabajador social de su equipo de atención contra el cáncer.

Medicare se ofrece a las personas que cumplen con uno o más de lo siguientes requisitos.

- Edad de 65 años o mayores.
- Han sido permanentemente incapacitados y están recibiendo beneficios de discapacidad del Seguro Social (después de un periodo de espera de 2 años).
- Tienen insuficiencia renal permanente tratada mediante diálisis o trasplante.

  Existen dos tipos de planes de Medicare:

- El Medicare original (tradicional).

O

- Los planes de *Medicare Advantage* (los cuales ofrecen las aseguradoras privadas).

Medicare tiene cuatro partes

La **Parte A** paga la atención de salud en el hospital, en el hogar, en el hospicio y en las instalaciones de enfermería certificadas. Para la mayoría de la gente, no hay que pagar una prima mensual, pero debe pagar un deducible anual antes de que Medicare pague por cualquier servicio. Una vez que se haya pagado esto, Medicare paga su parte y la persona paga la suya (su coaseguro o copago) para los servicios y suministros cubiertos. Puede acudir a cualquier doctor o proveedor que acepte Medicare y que reciba a pacientes nuevos de Medicare, o a cualquier hospital o centro de atención médica. Puede que cuente con una póliza Medigap u otra cobertura complementaria que pueda pagar por los deducibles, coaseguro u otros costos que no estén cubiertos por la Parte A de Medicare (refiérase a continuación a "Cobertura de seguro médico privado que puede añadirse a Medicare").

La **Parte B** cubre los estudios de diagnóstico, los servicios proporcionados por los médicos, el equipo médico duradero usado en el hogar, cierta atención en el hogar y el transporte en ambulancia. La Parte B es opcional y conlleva una prima mensual en la que los beneficiarios de ingresos más elevados pagarán una prima más elevada para esta parte. Sin embargo, si usted no opta por la Parte B al momento inicial de su elegibilidad, tendrá que pagar una penalización por inscripción tardía, salvo que usted tuviera seguro de alguna otra forma con cobertura que al menos iguale la ofrecida por Medicare. Cada año, antes de que Medicare pague por cualquier cosa, la persona debe pagar por sus propios gastos médicos para igualar la cantidad de su deducible basada en el "cargo razonable" aprobado por Medicare y no por el cargo real del proveedor. Y debe pagar aún por el coaseguro o un copago sobre el resto de los cargos cubiertos para ese año.

La **Parte C** es en realidad una combinación de las Partes A y B, y es ofrecida por las compañías de seguro privado. Se le conoce bajo el nombre de *Medicare Advantage*. Las compañías de seguro privado deben estar aprobadas por Medicare, y deben ofrecer todos los beneficios médicos y de hospital que Medicare cubre. Estas aseguradoras privadas en *Medicare Advantage* cobran una prima mensual y algunas incluyen la Parte D para la cobertura de los medicamentos (vea "Parte D" a continuación), y beneficios adicionales, tal como cobertura para la atención ocular, auditiva y dental. La Parte C no está disponible en todos los lugares. Los planes de *Medicare Advantage* puede conformarse por los planes de PPOs, de HMOs o de pago-por-servicio (refiérase a la sección "Tipos de planes de salud" para más información sobre estos distintos planes). También hay un plan de la *Parte C de Medicare para Necesidades Especiales*, el cual está diseñado para personas con problemas cardiacos de largo plazo. Estos planes deben incluir la cobertura para las partes A, B y D.

La **Parte D** es opcional. ayuda a pagar por los medicamentos recetados que por lo general se adquieren en una farmacia de venta al detalle. Usted se puede inscribir en la Parte D a través del plan Medicare Advantage o, si tiene Medicare tradicional, puede comprar una póliza por separado para la cobertura de medicamentos. Usted paga una prima mensual

que varía según el plan, así como un deducible anual. La gente con ingresos mayores pagarán una prima mayor para la Parte D. Usted pagará una prima más alta si no se inscribió en la Parte D cuando fue elegible inicialmente, a menos que sus medicamentos estuvieran cubiertos por otro plan (cobertura de medicamentos "acreditable"). También pagará una parte del costo de sus recetas médicas mediante copagos o coaseguro. Los costos varían en función de su selección de plan de medicamentos. Puede que algunos planes ofrezcan más cobertura y una gama más amplia de medicamentos por un mayor costo mensual. Si cuenta con ingresos y recursos limitados, puede que califique para ayuda adicional y así no tenga que pagar una prima o deducible. Usted puede presentar una solicitud por ayuda adicional o conseguir más información sobre esto al ponerse en contacto con la Administración de Seguro Social (refiérase a la sección "Para obtener más información" para la información de contacto). Puede saber más sobre la Parte D de Medicare y cómo aplica a personas con cáncer en nuestro documento (disponible en inglés) *Medicare Part D: Things People with Cancer May Want to Know*.

La ley de atención médica impone algunos cambios importantes a Medicare. Por ejemplo, la ley tapa el "agujero de la rosquilla" de la Parte D que forzaba a algunos ancianos a pagar altos costos por los medicamentos recetados. Para obtener más información, puede referirse a nuestro documento en inglés *Medicare Part D: Things People With Cancer May Want to Know*.

La nueva ley además permite que las pruebas de detección para cáncer comprobadas, tal como mamogramas y colonoscopias, y otra atención preventiva estén disponibles a bajo costo o sin costo alguno para personas con Medicare si se proveen según las guías aceptadas. También se asegura que Medicare cubra un examen médico anual para tratar el tema de la prevención de enfermedades y maneras para mantenerse saludable (refiérase a nuestro documento disponible en inglés *Medicare Coverage for Cancer Prevention and Early Detection* para más información).

Medicare proporciona cobertura médica básica, pero no pagará todos sus gastos médicos. Por ejemplo, el programa podría cubrir los costos de prótesis (remplazos artificiales de partes del cuerpo) o sostenes, y la cantidad cubierta cada año podría variar de acuerdo con el estado. Medicare además limita el número de artículos de suministros para ostomía que se adquieren mensualmente.

Bajo la nueva ley de atención médica, existe mucha información confusa y rumores sobre cómo cambiarán (o no cambiarán) los beneficios de Medicare. Si tiene preguntas acerca de Medicare, llame al número 1-800-633-4227 o póngase en contacto con la oficina de la Administración de Seguro Social de su región. También puede visitar www.medicare.gov para encontrar el manual anual del Medicare, o para obtener orientación gratis y personalizada sobre el Medicare a través del Programa Estatal de Seguro de Salud (SHIP). La información de contacto para el SHIP de cada estado se incluye en la parte trasera del manual impreso de Medicare o en Internet en www.medicare.gov.

Cobertura de seguro médico privado que puede añadirse a Medicare (Seguro Complementario Medicare o Medigap)

Si se ha inscrito al programa estándar de Medicare, puede que tenga la posibilidad de añadir más cobertura con una póliza de seguro complementario (comúnmente referida como Medigap). Hay pólizas convencionales de Medigap, identificadas con las letras de la A hasta la N. Cada una ofrece una combinación distinta de beneficios y se ofrece en todos los 50 estados de EE.UU., pero puede que los planes no sean iguales en todos los estados, y no todos los estados cuentan con todos los planes. Es importante comparar las pólizas de Medigap debido a que el costo de las primas y otros costos pueden variar, y algunos de los planes esperan que la persona sólo acuda a ciertos médicos u hospitales.

Medicaid

Medicaid es un programa del gobierno estatal y federal en conjunto que cubre gran parte del costo de atención médica para personas con ingresos por debajo de cierto nivel. Esos niveles pueden variar de un estado a otro. No todos los proveedores de salud aceptan Medicaid.

En los últimos años, Medicaid cubría a grupos específicos de personas, incluyendo:

- Familias de bajos ingresos con hijos.
- Personas que reciben Ingreso Suplementario del Seguro (SSI por sus siglas en inglés).
- Los niños menores de 6 años de familias de bajos ingresos puede que sean elegibles en algunos estados (incluso cuando otros integrantes de la familia no lo sean).
- Mujeres embarazadas cuyo ingreso sea menor al nivel de pobreza familiar.
- Bebés nacidos de mujeres embarazadas que son elegibles para la cobertura de Medicaid.
- Mujeres de bajos recursos económicos con cáncer de seno o de cuello uterino que fueron diagnosticadas a través del (programa nacional de detección temprana del cáncer de cuello uterino y mamario o NBCCEDP, por sus siglas en inglés).

Varios estados aún limitan el Medicaid a los grupos de personas anteriores, aunque la ley de atención médica ahora provee a los estados la opción de cubrir a más personas de bajos recursos económicos a través de Medicaid. Los estados que opten por esto (vea las actualizaciones en *Kaiser Family Foundation*) han extendido la cobertura de Medicaid a toda persona que gane hasta cierta cantidad de dinero, independientemente de si pertenecen o no a las categorías específicas que se presentaron anteriormente. La ley ofrece fondos federales para pagar al comienzo todos los costos que conlleve que un estado aumente la cobertura de Medicaid, y la participación federal disminuye lentamente hasta el 90%.

En los estados donde se ha decidido no cubrir a más personas a través de Medicaid muchas personas de bajos ingresos permanecerán sin seguro médico debido a que no

calificarán para este programa. Y muchos de aquellos con ingresos por debajo del nivel de pobreza se enterarán además que tampoco podrán pagar por un seguro privado en el mercado de seguros médicos. Si esta es su situación y posteriormente su nivel de ingresos aumenta, le recomendamos que llame al mercado de seguros médicos estatal inmediatamente y pregunte si califica para la ayuda para la compra de un seguro médico privado. Si en esta situación sus ingresos aumentan, se obtiene un período de inscripción especial y usted se puede volver a solicitar dentro de 60 días.

Para detalles sobre si reúne los requisitos de Medicaid, o para saber si su hijo califica para el *Children's Health Insurance Program* (CHIP) visite www.HealthCare.gov o www.CuidadoDeSalud.gov, o contacte al mercado de seguros médicos de su estado llamando al 1-800-318-2596. (Para más información sobre CHIP, lea "Programas de seguro médico para niños patrocinados por el estado", más adelante). Los estados pueden decidir en cualquier momento extender la cobertura de Medicaid según lo permita la ley de atención médica. Si usted vive en un estado que ha extendido su cobertura de Medicaid, es recomendable volver a enviar su solicitud para 2015, aun cuando se le haya denegado la solicitud anteriormente.

Los beneficiarios del Medicaid "recientemente elegibles" son aquellos que se beneficiarán de la decisión de sus estados de cubrir más personas bajo el programa. Estas personas tendrán cobertura para los beneficios de salud esenciales establecidos por ley para prevenir y tratar enfermedades graves, como cáncer. La ley también se asegura que cualquier persona pueda enterarse si es o no elegible para Medicaid a través del mercado de seguros médicos de su estado. El mercado de seguros médicos es una página en Internet donde las personas pueden buscar cobertura médica por su propia cuenta. Usted también puede obtener información por teléfono sobre el mercado de seguros médicos (lea "Dónde obtener cobertura privada: los mercados de seguros médicos" en la sección "Planes privados de salud").

Medicare más Medicaid: las personas con Medicare que también tienen bajos ingresos y recursos limitados podrían recibir ayuda en el pago de sus gastos médicos en efectivo mediante su programa estatal de Medicaid. Para más información, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado (refiérase a la sección de"Para obtener más información").

Programas de seguro médico para niños patrocinados por el estado

Un tipo de asociación estatal y federal paga por los servicios médicos para los niños conocido como el programa de seguro médico infantil (*Children's Health Insurance Program* o CHIP) Este programa ofrece algún tipo de seguro médico a bajo costo para niños y mujeres embarazadas con seguro médico insuficiente, y cuyo ingreso familiar sea demasiado alto para calificar para los programas estatales de Medicaid, y a la vez muy bajo para pagar por una cobertura privada.

Dentro de las recomendaciones federales, cada estado establece su propio programa CHIP, incluyendo las guías para la elegibilidad, los beneficios brindados y el costo. El

programa cubre consultas médicas, medicamentos, hospitalizaciones, atención dental, atención ocular y equipo médico, y es financiado a través de los impuestos estatales. Las personas registradas en Medicaid generalmente no son elegibles para los programas de seguro médico auspiciados por el estado.

Para más información sobre CHIP, llame al 1-877-543-7699, o también puede consultar su sitio web en www.insurekidsnow.gov para más información sobre el programa en su estado.

Beneficios militares y de veteranos

Veteranos: si usted ha estado alguna vez en servicio activo en el ejército, podría ser que califique para los beneficios de salud de la Administración de Veteranos. La Administración de Veteranos analiza por cuánto tiempo estuvo en servicio activo, tipo de baja que recibió, incapacidad, ingresos y disponibilidad de los servicios de esta organización en su región, entre otros factores para determinar su elegibilidad. Los beneficios de veteranos cambian a menudo, y el número de centros médicos para veteranos ha estado disminuyendo durante los últimos años. Refiérase a la sección “Para obtener más información” para acceder a la información de contacto más actualizada de la Departamento de la Administración de Veteranos.

Personas en servicio activo, de reserva, jubilados, sobrevivientes y familiares. TRICARE es el programa de seguro de salud del Departamento de Defensa para las personas en el ejército, así como para algunos de sus familiares, sobrevivientes y jubilados. Ofrece un número de opciones de planes distintos para ofrecer cobertura en los EE.UU. y en el extranjero, e incluye planes familiares, así como planes para ciertas personas que están como reserva militar. Para algunos de los beneficiarios se cuenta con planes dentales y farmacéuticos entre otros servicios especiales. Si usted estuvo o está casado(a) con un veterano jubilado del servicio militar, puede que usted sea elegible para el programa Tricare.

Cada plan TRICARE cuenta con sus propios límites y requisitos. Debe escoger su plan cuidadosamente y saber cómo funciona. Póngase en contacto con TRICARE para obtener información completa y actual sobre los beneficios del programa para quienes han formado parte de las fuerzas armadas y sus familias, para información sobre elegibilidad, detalles del plan y costo, así como para encontrar proveedores en su región. Puede encontrar esta información en Internet, incluyendo el número al cual llamar en su región en www.tricare.mil.

Personas viudas, y cónyuges o hijos de familiares en el ejército con incapacidad relacionada al servicio. Otro programa conocido como el Programa Médico y de Salud Civil de la Administración de Veteranos (CAMPVA) está disponible para ciertos cónyuges o viuda(o)s y sus hijos que no sean elegibles para TRICARE. CHAMPVA puede ofrecer cobertura para el cónyuge o viuda(o) y sus hijos de un(a) veterano que:

- Haya quedado permanente o totalmente incapacitado debido a una discapacidad relacionada con su servicio según sea determinado por la oficina regional de la Administración de Veteranos.

- Fue clasificado permanente y totalmente incapacitado debido a una condición relacionada a su servicio militar en el momento de su muerte.
- Murió por una incapacidad relacionada a su servicio militar.
- Murió en la línea del deber y sus familiares no son elegibles para los beneficios del plan TRICARE.

CHAMPVA es un programa de atención médica completo en el que la Administración de Veteranos absorbe parte del costo de los servicios de salud y suministros cubiertos que tienen los beneficiarios elegibles. El programa es administrado por el Centro Administrativo de Salud de la Administración de Veteranos. Para más información sobre CHAMPVA, incluyendo la elegibilidad, beneficios, proveedores y envío de reclamaciones entre otras cosas, llame al 1-800-733-8387 o visite su sitio en Internet www.va.gov/hac (seleccione CHAMPVA bajo programas especiales "*Special Programs*").

Personas de reserva convocadas y sus beneficios de salud de su trabajo actual: los integrantes de las unidades de reserva del ejército que han sido convocados para el servicio activo y que contaban con su propio trabajo con otro empleador se hacen acreedores a los derechos específicos de cobertura de atención médica que obtenían por parte de su empleador. Se les permite pagar el costo completo de su seguro, muy similar a la cobertura COBRA, durante el tiempo que permanezcan ausentes de su empleo. Cuando regresen a su lugar de trabajo, su cobertura deberá ser restablecida sin que tengan que pasar por un periodo de exclusión. Refiérase a la sección "Para obtener más información" para la información de contacto del Departamento de Empleo de los EE.UU.

Pruebas de detección y tratamiento contra el cáncer de seno y cuello uterino para mujeres de bajos ingresos

Las mujeres que no cuentan con atención médica suficiente pueden someterse a las pruebas para el cáncer de seno sin costo o a costo muy bajo a través del Programa nacional de pruebas para la detección temprana del cáncer de seno y de cuello uterino (NBCCEDP). Este programa provee pruebas de detección temprana del cáncer de seno y de cuello uterino para mujeres que no tienen seguro médico o que no cuentan con cobertura suficiente. Cada estado ofrece el programa mediante el apoyo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Aunque el NBCCEDP puede ayudar a las mujeres con la detección temprana del cáncer, las mujeres que no cuentan con seguro médico aún requieren de ayuda en obtener su tratamiento. Este programa provee fondos para pagar por el tratamiento contra el cáncer de seno y de cuello uterino para ciertas mujeres sin cobertura médica que sean menores de 65 años. Al igual que con el NBCCEDP, cada estado tiene que adoptar el programa para poder recibir la igualación de los fondos federales. Aunque estos fondos son canalizados a través del programa Medicaid de cada estado, ofrece ayuda a las mujeres que de otra manera no serían elegibles para Medicaid.

Este programa continúa siendo necesario incluso con la nueva ley de atención médica, especialmente en estados que opten por no cubrir más personas a través del Medicaid. El programa también sirve como red de seguridad importante en estados que opten por aumentar el acceso a la cobertura de Medicaid.

Algunos estados están considerando la reducción progresiva de los programas NBCCEDP. Por lo tanto, resulta importante verificar si el programa está vigente en su estado. Se puede acceder a la información sobre el programa NBCCEDP en el sitio Web del CDC en www.cdc.gov/cancer/nbccedp/index.htm, o puede llamar al 1-800-232-4636 para solicitar más información.

¿Quién regula los planes de seguro de salud?

Es importante saber quién regula un plan de salud en caso de que surja algún problema que no pueda resolver directamente usted con el plan. Usted tiene la opción de hablar con el grupo gubernamental que regula el plan de salud para saber si le pueden ofrecer más información o ayuda adicional.

- Los **planes grupales privados (o planes de seguro completo)** que los compradores adquieren de las aseguradoras como un beneficio para los empleados son usualmente supervisados por el comisionado o departamento de seguros médicos en cada estado. En la sección de páginas azules de su guía telefónica puede encontrar la información sobre el departamento estatal de seguros, o puede visitar el sitio Web de la asociación nacional de comisiones de seguro médico (*National Association of Insurance Commissioners*; refiérase a la sección “Para obtener más información” para la información de contacto).

- Los **planes de seguro autofinanciados (o planes autoasegurados)** son planes de salud que los empleadores y sindicatos crean solo para sus empleados y familiares. Son supervisados por la Administración para la Seguridad de los Beneficios para el Trabajador (*Employee Benefits Security Administration*) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (refiérase a la sección de “Para obtener más información” para el número telefónico y sitio en Internet). Puede que tenga que preguntar a su empleador si el plan de salud es seguro completo o auto asegurado.

- Los **planes individuales adquiridos a través de los mercados de seguros médicos** son regulados por una junta directiva en cada estado. Esta junta directiva estatal supervisa la función del mercado y los planes que el mismo vende.

- Los **planes de atención médica administrada** son regulados por varias agencias estatales y federales. El comisionado o el departamento de seguridad médica de su estado pueden ofrecerle información específica para un plan individual.

- Las **pólizas de Medigap** (pólizas de seguro complementario de Medicare) son reguladas por agencias federales, al igual que por algunas leyes estatales. Póngase en

contacto con los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y/o con el departamento de seguros de su estado para más información.

- **Medicaid** es un programa conjunto que es administrado por el departamento de salud de su estado y los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del gobierno federal.
- **Medicare** es administrado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del gobierno federal.
- **TRICARE** es supervisado por el Departamento de Defensa de EE.UU.
- El **sistema de atención médica para veteranos (incluyendo CHAMPVA)** es regulado por el Departamento de la Administración de Veteranos de EE.UU.

Opciones de seguro de atención médica para personas que no tienen un plan médico

Evaluación de la cobertura de seguro médico

La ley de atención médica requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura médica. Si usted no tiene seguro médico, a continuación presentamos algunas ideas que puede considerar cuando esté buscando cobertura:

Analice detalladamente las opciones del plan médico en su trabajo

Si usted o su conyugue está empleado, a veces es posible agregarse a sí mismo(a), así como a su cónyuge o hijo a la póliza de seguro de salud del empleo durante el periodo abierto de inscripción con su empleador. También se puede hacer en otros momentos además del periodo abierto de inscripción en caso de un evento significativo, por ejemplo, que se haya casado o legalmente separado, o que usted o su cónyuge haya perdido su empleo por recorte de personal o que haya perdido la cobertura por alguna otra razón. Consulte con su administrador de planes de atención médica en su organización. Normalmente, la persona a cargo de esto pertenece al departamento de administración de prestaciones o de recursos humanos.

Analice detalladamente al seleccione entre las opciones de seguro médico y de administración de atención médica. A veces se tiene la oportunidad de comparar distintos tipos de cobertura durante los periodos abiertos de inscripción (la apertura de inscripciones es el periodo de tiempo en que los empleados pueden realizar cambios en la cobertura del plan médico. Por lo general ocurre una vez al año).

Algunos planes en el lugar del trabajo podrían ser planes de derechos adquiridos, en los que la cobertura está limitada (como por ejemplo, límites en las cantidades en dólares a cubrir y exclusiones por condiciones preexistentes). Verifique antes de inscribirse.

(Refiérase a “Planes médicos de derechos adquiridos ofrecidos por empleadores” en la sección “Otros aspecto que debe saber sobre seguros de atención médica”).

Si usted recibe cobertura a través de su empleo (o del de su cónyuge), puede que le resulte útil tener al alcance la dirección de correo electrónico y el número telefónico de su administrador. La cobertura de seguro grupal por lo general es mejor que la cobertura individual. Pero si usted sabe que su cobertura costará más de 9.5% de su ingreso, puede que quiera buscar una mejor oferta en el mercado de seguros médicos de su estado.

Si no puede obtener seguro médico de un empleador

- Bajo la ley de atención médica, las personas que estén buscando cobertura médica podrán comparar planes y seleccionar el más apropiado en los nuevos mercados de seguros médicos que cada estado tendrá disponible en Internet. El mercado de seguros médicos de su estado recopilará su información y determinará si usted califica para Medicaid o para asistencia financiera dirigida a pagar por la cobertura. Cada mercado de seguros médicos tendrá orientadores entrenados para ayudarle con el proceso. Visite www.healthcare.gov para información en su estado o www.CuidadoDeSalud.gov para información en español.

- También puede obtener información sobre el mercado de seguros médicos por teléfono. Para el número de teléfono del mercado de su estado, visite www.healthcare.gov o www.CuidadoDeSalud, o llame al 1-800-318-2596.

- Usted puede comprar un seguro médico individual que no sea del mercado de seguros médicos. La mayoría de los planes cumplirá con los requisitos de suficiente cobertura de modo que usted evite la penalización al rendir la declaración de impuestos, aunque este no será el caso para algunos planes médicos. Asegúrese de preguntar si el plan cumple con los requisitos mínimos.

- Un corredor independiente podría ayudarle a buscar un paquete razonable de beneficios.

- La obtención de empleo por usted o su cónyuge en una compañía grande o una agencia gubernamental es la manera más segura de conseguir acceso a un seguro médico grupal.

- Si ha tenido cobertura a través de un plan auspiciado por un empleador por al menos un día, usted deberá tener la posibilidad de conservar su seguro médico a través de COBRA. Su empleador tiene que comunicarle por escrito sobre la opción de la cobertura COBRA. Para más información, consulte la sección sobre la “Ley de Reconciliación del Presupuesto Omnibus” (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1986.

- Infórmese sobre el programa Medicare, que cubre a la mayoría de las personas de 65 años o más, así como a aquellas personas menores de esa edad que tengan una incapacidad y que hayan estado recibiendo beneficios por discapacidad del Seguro Social por dos años.

- Si usted está en una categoría de bajos ingresos o está desempleado, averigüe si reúne los requisitos para recibir beneficios estatales o locales, como Medicaid.
- Si está empleado, antes de dejar el trabajo, averigüe si puede convertir su plan de seguro grupal a un plan de seguro individual. Algunos planes de grupo tienen una cláusula para la conversión a planes individuales, pero las primas pueden ser mucho más altas. Generalmente, se debe solicitar estos planes individuales en un periodo de 30 días después de haber dejado el empleo (esto es distinto a la cobertura COBRA que le permite permanecer con el seguro médico grupal pero solamente por un tiempo limitado).

Al buscar opciones de seguro, infórmese de las diferencias en la cobertura. La ley de atención médica requiere que los planes provean un resumen de beneficios y cobertura (*Summary of Benefits and Coverage* [SBC]). El SBC es un documento sencillo con detalles sobre los beneficios y los costos que le corresponden. Incluye ejemplos de enfermedades específicas para ayudar a comparar cuál plan podría ser el adecuado para usted. Preste atención a lo siguiente:

- Opciones sobre médicos.
- Protección contra cancelaciones del plan.
- Los costos de la prima.
- Qué es lo que el plan realmente cubre, especialmente en el evento de enfermedades catastróficas (una enfermedad grave como el cáncer en la que las facturas pueden rápidamente acumularse).
- ¿Cuánto le costarán los deducibles y copagos?

Para más información, refiérase a “Factores que debe tomar en cuenta al adquirir un seguro médico” bajo “Opciones de seguro de salud privado”.

Esté bien atento(a) de los anuncios o agentes que ofrezcan seguros médicos auspiciados por el gobierno o que sean de muy bajo costo. Para más información al respecto, refiérase a “Cobertura falsa de atención médica” de la sección “Otros aspectos que debe saber sobre seguros de atención médica”.

Si usted considera que ha sido tratado(a) injustamente por una compañía de seguros, comuníquese con el comisionado de seguros de su estado. (refiérase a la sección “Para obtener más información” para encontrar la información del departamento de seguros de atención médica en su estado).

Opciones de seguro de atención médica para los adultos jóvenes

Si está joven y saludable, puede que piense que no necesita preocuparse por tener seguro de atención médica. No obstante, la nueva ley de atención médica requiere que la mayoría de los estadounidenses tengan cobertura médica. Incluso los jóvenes sufren

accidentes y padecen graves enfermedades, confrontando inesperadamente la necesidad de recibir atención médica. Existen opciones de seguro médico para el grupo perteneciente a este rango de edad.

Al seleccionar un plan, pregunte sobre la cobertura de pruebas comunes que las personas jóvenes necesitan, como servicios preventivos, exámenes médicos anuales, análisis de sangre o radiografías. Asegúrese que no está adquiriendo un plan de derechos adquiridos que limita los servicios que ofrece.

A continuación se presentan algunas opciones que los adultos jóvenes tienen sobre seguros de atención médica:

A través de la cobertura médica de los padres

La nueva ley de atención médica permite que los jóvenes adultos continúen en el plan médico de sus padres hasta la edad de 26 años, si el plan provee cobertura para dependientes o familiares. Esto significa que los hijos adultos pueden unirse o permanecer en el plan del padre o madre independientemente de que:

- Estén casados.
- Vivan con uno de los padres.
- Estén acudiendo a la escuela.
- Sean financieramente dependientes de los padres (los adultos jóvenes no requieren estar registrados como un dependiente en la declaración de impuestos de los padres).

La única excepción es cuando el padre o madre tenga un plan a través de su empleo existente y el adulto joven también puede conseguir cobertura a través de su propio empleo. Si los adultos jóvenes no pueden conseguir su propia cobertura a través del empleo, aquellos que pierden la cobertura como dependientes puede que califiquen para COBRA incluso a la edad de 26 años.

El seguro para los jóvenes adultos no puede costar más que el de los hijos dependientes menores de 18 años.

Seguro individual

Para los adultos jóvenes, existen planes de seguro individual por parte de compañías privadas. La nueva ley de atención médica se asegura que las compañías de seguros que vendan planes individuales mediante el mercado de seguros médicos que no declinen su solicitud, que no le cobren más ni que le ofrezcan ciertos beneficios si tiene alguna condición médica preexistente. La ley ahora evita que las compañías aseguradoras nieguen la cobertura a las personas con afecciones preexistentes (refiérase a la sección “Planes privados de salud”).

Visite www.healthcare.gov o www.CuidadoDeSalud.gov, o póngase en contacto con el Departamento de Seguros de su estado para más información. En la sección de páginas

azules de su guía telefónica puede encontrar la información sobre el departamento estatal de seguros, o refiérase a la sección “Para obtener más información” para la información de contacto de la asociación nacional de comisiones de seguro médico (*National Association of Insurance Commissioners*). Si califica, usted también puede considerar cobertura médica para enfermedades catastróficas por parte del mercado de seguros médicos de su estado (Refiérase a “Cobertura catastrófica” en la sección “Otros aspectos que debe saber sobre seguros de atención médica”). Asegúrese de comprender la información sobre la cobertura ofrecida, incluyendo los límites en los beneficios, antes de adquirir el plan.

A través de su empleo o del empleo de su cónyuge

Si su empleador ofrece cobertura, por lo general su solicitud no puede ser rechazada ni se le puede cobrar más debido a su estado de salud. Pero los empleadores pueden negar o restringir la cobertura por otras razones (como trabajar por tiempo parcial), siempre y cuando las razones no estén relacionadas a su salud y éstas apliquen a todos los empleados.

Programas de seguro de salud para estudiantes

Puede que algunas universidades o institutos de enseñanza superior ofrezcan a un costo reducido un seguro médico estudiantil. Estos planes solían limitar la cantidad de cobertura que pagarían para un daño dado, pero a partir de 2014, los límites monetarios están prohibidos bajo la nueva ley de atención médica. Puede que las reglas sean distintas si los planes de seguro estudiantil sean autofinanciados u ofrecidos por una asociación estudiantil. Debido a esto, los estudiantes necesitan asegurarse del seguro médico que van a adquirir. También resulta importante comprender los detalles importantes de la cobertura, incluyendo por cuánto tiempo se ofrece la cobertura y si se requiere estar acudiendo a clases para gozar de la misma. A veces una enfermedad grave puede impedir el asistir a clases, siendo ese el momento en que se requiere de la cobertura.

Una ventaja de los planes de los colegios es que a menudo se integran para cubrir cualquier cargo del Servicio de Salud a Estudiantes, el cual ofrece atención médica básica en las instalaciones escolares o del campus. Tenga en cuenta que muchas universidades e instituciones de enseñanza superior cuentan incluso con centros de orientación a los que el estudiante puede acudir para recibir terapia a corto plazo sin costo o con copagos a bajo costo por cada visita Sin embargo, aunque los Servicios de Salud a Estudiantes pueden ser útiles para enfermedades menores, probablemente no serán muy útiles para una persona con una enfermedad grave como el cáncer.

Planes estatales de fondo común para grupos de alto riesgo

Planes estatales de fondo común para grupos de alto riesgo: antes de que la nueva ley de atención médica entrara en vigor, las personas con una enfermedad grave, como cáncer, que no tenían seguro médico a través del empleo podían considerar un plan de fondo común para grupos de alto riesgo en la mayoría de los estados. Los planes de fondo común para grupos de alto riesgo son planes médicos autofinanciados que son

organizados por cada estado para servir a las personas en alto riesgo que cumplen con los requisitos de selección y que no pueden obtener un seguro colectivo. Debido a que la ley de atención médica ahora requiere que la mayoría de los planes médicos cubran a las personas con condiciones preexistentes, varios estados han estado considerando eliminar los planes de fondo común para grupos de alto riesgo.

Medicaid, Servicios de Salud para Indioamericanos, Dependientes de Militares en Servicio Activo de EE.UU. u otros programas gubernamentales de ayuda

Estos tipos de programas están disponibles para los adultos jóvenes que cumplen con los requisitos. No obstante, algunos estados excluyen a los estudiantes de tiempo completo en el caso de que dichos programas se enfoquen en atender mayormente a las personas con bajos ingresos.

Qué hacer al considerar un seguro de salud

Una de las cosas más importantes que un paciente puede hacer antes de un procedimiento o tratamiento consiste en conversar con anticipación sobre los costos y negociar un precio para la atención médica. No tema pedirle un descuento a su médico u hospital (reducir los costos de su atención médica en cualquier cantidad ayudará, aun cuando tenga un seguro médico). Comience con la oficina de facturación de su hospital, y averigüe quién más podría facturar por los servicios prestados. Esto resulta sumamente importante para las personas que no tienen seguro, ya que generalmente no reciben los descuentos que son negociados por las compañías de seguros y a menudo se les factura con precios más altos.

Investigue sobre los fondos del programa Hill-Burton

Algunos hospitales y otros centros de atención médica sin fines de lucro reciben fondos del programa Hill-Burton del gobierno federal, para que puedan ofrecer servicios gratis o a bajo costo para aquellas personas que no puedan pagarlos. Cada centro de atención médica selecciona los servicios que prestará gratis o a bajo costo. Los servicios de Medicare o de Medicaid no son elegibles para la cobertura Hill-Burton. Pero puede que los fondos del programa Hill-Burton cubran servicios que otros programas del gobierno no cubran.

La elegibilidad para el programa Hill-Burton es en función del tamaño y los ingresos familiares, así como de la disponibilidad por un centro de Hill-Burton. Primero, necesitará investigar si hay algún centro de atención en su región que cuente con cualquier obligación Hill-Burton para el cual puede que califique. Si usted recibe atención en dicho centro de atención médica, puede que quiera someter su solicitud para la ayuda del programa Hill-Burton en cualquier momento, ya sea antes o después de que reciba la atención. Para más información, visites su sitio Web en www.hrsa.gov/hillburton. Ahí usted podrá encontrar un listado de los centros que tienen el requisito de ofrecer fondos del programa Hill-Burton, así como los criterios de

elegibilidad y respuestas a preguntas frecuentes sobre el programa. O puede llamar al 1-800-638-0742 para solicitar un paquete informativo.

Compare su lista de medicamentos contra los programas de medicamentos de receta a bajo costo

Algunas farmacias, al igual que farmacias dentro de supermercados y tiendas de descuento ofrecen ahora ciertos medicamentos genéricos a costos muy reducidos. La mayoría de las veces, estos medicamentos no incluyen aquéllos contra el cáncer, aunque en algunos programas puede que se incluya el tamoxifeno y otras medicinas relacionadas al tratamiento de dicha enfermedad. Incluso las personas que tienen cobertura pueden reducir sus copagos y ahorrar dinero al obtener algunos de sus medicamentos en versión genérica bajo estos programas a costos muy bajos (entre $4 y $10 USD por cada reabastecimiento de sus medicamentos).

Aspectos financieros: cómo conseguir ayuda con los gastos domésticos

Los gastos mayores de un diagnóstico de cáncer y su tratamiento son por concepto de hospital, consultas médicas, medicamentos, análisis, procedimientos, servicios de salud domiciliarios y honorarios de los profesionales médicos. Los programas de seguro médico, atención médica administrada y de salud pública pagan la mayor parte de estos costos si cuenta con la cobertura de dicho plan.

Sin embargo, las familias afrontan muchos gastos indirectos, entre otros costos que derivan del cáncer y su tratamiento, en conjunto con las facturas médicas habituales. Estos gastos pueden ser por:

- Traslados (combustible y estacionamiento) al consultorio médico, clínicas, hospitales y citas para recibir tratamiento.
- Alojamiento (un lugar de hospedaje para el paciente y/o familiar) mientras se lleva a cabo el tratamiento en un centro de atención lejos de casa.
- Alimentación durante los traslados y citas con el doctor.
- Costos adicionales para el cuidado de los hijos.
- Gastos de comunicación con médicos, amistades y parientes (llamadas, facsímiles [fax] y copias de registros médicos, entre otros).
- Alimentos especiales y complementos nutricionales.
- Equipo o vestimenta especial.

Además, un plan de tratamiento contra el cáncer puede hacer que los familiares pierdan tiempo de trabajo, afectando en algunos casos una parte o el total de sus ingresos. Se llega a perder hasta más dinero si algún familiar debe renunciar a su trabajo o tomar una

licencia extendida de ausencia. Por supuesto, los costos aumentan a medida que el tratamiento se extiende, si surgen complicaciones por el tratamiento o si el cáncer regresa (recurrencia). Esta sección ofrece sólo algunas ideas de dónde podría conseguir algo de ayuda respecto a los gastos que surgen con un diagnóstico de cáncer. Refiérase a la sección “Para obtener más información” para otros recursos que puedan ser de su utilidad.

Cómo gestionar el dinero de las pólizas de seguro de vida

Las enfermedades y problemas que ponen la vida en peligro y que requieren de mucha atención médica a menudo demandan la necesidad de contar con un ingreso inmediato de dinero en efectivo. Puede que en muchos estados su póliza individual de seguro de vida pueda ser una fuente de ingreso mediante la aceleración de los beneficios de la póliza por fallecimiento, conocidos como *beneficios en vida*. Estos beneficios se pueden obtener mediante distintas vías, como *contratos o acuerdos viáticos* (venta de la póliza de seguro de vida) y préstamos contra el valor nominal de una póliza de seguro de vida de la compañía original del seguro o de un tercero. La *Life Insurance Settlement Association* puede ofrecerle más información sobre formas en las que puede usar su póliza de seguro de vida. Visite su sitio en línea en www.lisa.org, o llame al 407-894-3797.

Contratos viáticos y acuerdos de seguro de vida

Un *viático* es la venta de una póliza de seguro de vida por dinero en efectivo cuando no se espera que la persona asegurada viva por mucho tiempo. La persona asegurada (llamada *viator*) vende su póliza de seguro a un tercero. Como ocurre con cualquier venta, ambas partes deben acordar en lo que está siendo vendido y en cuánto se vende.

Para una transacción de viático, puede que la expectativa de vida de la persona sea menor a seis meses o hasta de varios años y un médico debe certificarla. Para reducir las preocupaciones monetarias, la persona vende la póliza del seguro de vida por el pago de una cantidad global, la cual en algunos casos queda exenta de impuestos. El pago dependerá de cuánto se espera que la persona viva, y por lo general corresponde entre un 30% y un 80% del valor nominal de la póliza. Este pago se hace sólo a la persona bajo la cual se emitió originalmente la póliza. La entidad que compra la póliza debe continuar pagando las primas, y luego ésta cobrará el beneficio tras la muerte del vendedor.

Los acuerdos de seguro de vida son muy similares a los contratos viáticos, pero las pólizas de seguro de vida se venden cuando la persona asegurada tiene una necesidad de dinero que es mayor a la de conservar su seguro de vida. Para esto no se requiere de la existencia de una enfermedad terminal.

Razones para optar por un contrato viático o un acuerdo de seguro de vida:

- Para pagar alimentación, alojamiento, consultas con el médico, primas del seguro médico u otras necesidades apremiantes.
- Para reducir el estrés por la preocupación del dinero.

- Para que la persona pueda cumplir un deseo que haya tenido toda su vida.

Desventajas de un contrato viático o un acuerdo de seguro de vida:

- Los herederos no reciben el dinero del seguro.
- Puede que no se logre la mejor negociación para la personas asegurada.
- Puede que se dificulte el proceso de toma de decisiones.
- Una vez vendida la póliza, la venta es generalmente irreversible.

Línea de crédito con una organización financiera

La gente con cáncer que no se espera que viva por mucho tiempo puede transferir el beneficio por muerte de su seguro de vida a una organización financiera. La organización comprueba su estado de salud y luego realiza avances en efectivo en función del beneficio que espera obtener posteriormente. Esto en realidad es un préstamo, y como en cualquier préstamo, las tasas de interés varían. Dependiendo de su situación, puede solicitar un préstamo de 35 a 75 por ciento del beneficio por muerte del seguro. El beneficio por la muerte es reducido luego por la cantidad del préstamo, las primas que la organización pagó de la póliza y el interés sobre el préstamo expedido sobre esta línea de crédito. No todos los seguros de vida son elegibles, y este tipo de préstamo no es ofrecido por todas las compañías.

Beneficios en vida y otras alternativas

Usted también podría contar con otras alternativas. Por ejemplo, puede que tenga la opción de obtener un préstamo personal o, en lugar de vender la póliza directamente a una compañía tercera de acuerdos de seguro de vida o transferir el beneficio tras su muerte, usted podría recibir más dinero de la compañía de seguros original. Muchas aseguradoras permiten a los propietarios de pólizas de seguro de vida que cobren parte de sus beneficios por fallecimiento de forma anticipada (antes de la muerte) para cubrir los gastos extraordinarios. Una póliza de seguro de vida normalmente paga los beneficios al beneficiario después de la muerte. Pero en ciertos casos, dichos beneficios se anticipan y son pagados directamente al propietario con una enfermedad crónica o terminal antes de su fallecimiento. Estos beneficios son llamados *beneficios en vida* o *beneficios acelerados*.

En general, los beneficios en vida pueden variar en un rango de entre 25 a 95 por ciento del beneficio por fallecimiento. El pago depende del valor nominal de su póliza, los términos del contrato y el estado en donde resida. Solicite a su aseguradora que le proporcione una cotización antes de optar por un reclamo anticipado de los beneficios por fallecimiento. Los beneficios en vida no tienen el fin de sustituir el seguro médico de salud ni el de atención médica de largo plazo. Sin embargo, pueden ofrecer ayuda adicional con las necesidades que surjan de una enfermedad terminal o catastrófica. Póngase en contacto con su agente o aseguradora para más información sobre el plan de beneficios anticipados de su póliza.

Consulte el sitio Web del Consejo de Compañías de Seguro de Vida de EE.UU. para más información sobre los beneficios en vida de un seguro de vida en www.acli.com o llame al 202-624-2000.

Otra opción es obtener un préstamo de un tercero. Algunas compañías prestarán dinero a personas con enfermedades terminales que se espera que vivan entre seis meses y cinco años. La póliza de seguro de vida del paciente se usa como colateral. La compañía prestará una parte del valor nominal de la póliza, generalmente entre el 35% y el 85%, que es devuelta tras el pago de los beneficios de la póliza en el momento del fallecimiento del paciente. Cualquier dinero restante va para el beneficiario original. Las tasas de interés en los préstamos a menudo son altas, pero no hay restricciones sobre cómo emplear el dinero prestado.

Firma de un contrato para beneficios en vida o contrato viático: se requiere que previamente tome en cuenta los puntos que se exponen a continuación. Consulte con un abogado o un asesor financiero para que lo ayude a decidir qué es lo mejor en su caso.

- Asegúrese de entender todos lo que se involucra con la transacción. Familiarícese con contratos viáticos, acuerdos de seguro de vida, préstamos, líneas de crédito y beneficios en vida. Haga preguntas.
- Obtenga asesoría profesional relacionada con los tipos de beneficios disponibles, así como de sus ventajas y desventajas.
- Consulte con su médico sobre cuánto tiempo se espera que viva.
- Decida si un beneficio en vida, contrato viático o acuerdo de seguro de vida es la mejor vía para su situación.
- Investigue si se afectará Medicaid u otros beneficios.
- Indague. Obtenga varias propuestas. Las propuestas pueden variar mucho.
- Averigüe si la entidad interesada en comprar su póliza es una compañía corredora. Algunas compañías usan su propio dinero para comprar pólizas, pero otras son corredoras. Una corredora obtiene una comisión de una compañía y podría ser que no actúe en busca del mejor interés para el asegurado.
- Negocie con la propuesta ofrecida, pues así podría lograr algo mejor.

Otras fuentes de ayuda financiera

A la mayoría de las familias les resulta difícil acudir a otras personas o agencias públicas o entidades externas en busca ayuda financiera. Los gastos adicionales por el cáncer pueden ocasionar por primera vez que una familia se encuentre en dificultades económicas. La familia debe recordar que en semejante situación, sus problemas son de corto plazo y que a menudo no son la única familia que ha pasado por una situación similar. Puede que en el futuro, esta familia sea la que tenga la posibilidad de ayudar a otras.

A continuación se listan algunas de las muchas posibles fuentes de ayuda para las familias que requieren de apoyo financiero adicional durante ese momento:

- Apoyo financiero para familias de bajos ingresos mediante los beneficios del Ingreso Suplementario del Seguro (SSI).
- Apoyo financiero para las familias con necesidades por parte del programa de ayuda temporal para familias con necesidades (TANF, por sus siglas en inglés).
- Ayuda con gastos por tratamiento, traslados, alojamiento y alimentación mediante programas públicos y privados.
- Apoyo con costos básicos domésticos (tal como renta, hipoteca, primas de seguro, servicios públicos y teléfono) mediante programas públicos y privados.
- Apoyo de grupos eclesiásticos, civiles, sociales y fraternales de la comunidad.

Podría ser que también obtenga ayuda de grupos como el Ejército de Salvación (*Salvation Army*), Servicio Social Católico, el *United Way*, Servicio Social Judío y otros grupos que puede encontrar en las páginas amarillas de la guía telefónica.

Aunque no está disponible en todas partes, los programas de *United Way of America* y de *Alliance of Information and Referral Systems* han implementado un servicio 211 (centro de llamadas) en muchas partes de EE.UU. Puede llamar al 211 e investigar qué ayuda podría estar disponible en su región, o visitar su sitio Web www.211.org.

Muchos lugares cuentan con oficinas de la Asociación Nacional de Agencia de la Senectud (agencias para personas en la tercera edad) que pueden ayudar a las personas de edad avanzada que tengan cáncer. Llame al 1-800-677-1116 para su servicio localizador de atención senil para saber qué hay disponible en su región y ver si usted podría recibir ayuda. También puede visitar www.n4a.org.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer también cuenta con muchos servicios que pueden serle de utilidad. Llámenos para más información sobre éstos y para ver si dispone de otras fuentes de recursos en su región.

Para asistencia en cómo encontrar un lugar donde alojarse durante el tratamiento

En ocasiones, el tratamiento contra el cáncer no se administra cerca de casa. Muchos centros de tratamiento cuentan con centros de alojamiento a corto plazo o con programas de descuento a través de acuerdos con moteles y hoteles cercanos. Puede que el trabajador social clínico o la enfermera oncóloga hagan recomendaciones sobre alojamiento a bajo costo durante el tratamiento en el hospital o clínica.

El programa Albergue De La Esperanza® puede ofrecer a las familias alojamiento gratuito en los casos en los que el centro de tratamiento se encuentre lejos de casa. Póngase en contacto con nosotros para saber si hay un Albergue De La Esperanza cerca de su centro de tratamiento.

La mayoría de los centros pediátricos importantes cuentan con una Casa Ronald McDonald cercana. Estas casas ofrecen alojamiento a bajo costo o gratuito para pacientes y sus familiares inmediatos. Las casas Ronald McDonald están diseñadas para ofrecer un momento grato a cualquier familia con un niño gravemente enfermo, y no sólo para las que cuentan con recursos limitados. Aunque en parte son financiadas por *McDonald's Children's Charities*, cada casa cuenta con su propia administración, establece su propio reglamento de admisión y se maneja bajo sus propias reglas. Consulte con la enfermera o trabajador social de su centro de atención contra el cáncer para más información o póngase en contacto con *Ronald McDonald House Charities* llamando al 630-623-7048 o en www.rmhc.org. Las familias deben ser referidas por el personal médico o trabajador social al centro de tratamiento.

Otra posible opción es la *Healthcare Hospitality Network*. Este grupo que se conforma de casi 200 organizaciones sin fines de lucro a través de los EE.UU., ofrece alojamiento sin o a bajo costo a las familias que tienen que viajar largas distancias para acudir a un centro de tratamiento. Puede ponerse en contacto con este grupo llamando al 1-800-542-9730 o en www.hhnetwork.org para ver si cuentan con algún lugar que le pueda beneficiar.

Para asistencia con costos de vivienda o pagos hipotecarios

Los costos adicionales del tratamiento o pérdida significativa de ingresos pueden dificultar que las familias puedan hacer los pagos de su hipoteca o el pago a tiempo del alquiler/renta de la casa. Para conservar un buen historial crediticio, hable con su acreedor o su arrendador para ver su situación particular y tratar de ver si se pueden realizar acuerdos especiales. Puede que familiares, amigos y miembros de la comunidad de la iglesia tengan la posibilidad de ofrecer ayuda a corto plazo si se les informa de la situación. También hable con su trabajador social de su equipo de atención del cáncer quien puede que tenga información sobre recursos especiales.

Las familias que necesitan abandonar su vivienda tras un diagnóstico de cáncer deben hablar con el departamento municipal de servicio social para saber si calificarían para programas de vivienda auspiciados por el gobierno.

Para ayuda con la transportación y costos asociados con los traslados

Los beneficiarios de Medicaid podrían tener derecho a recibir asistencia para el traslado a centros médicos y al consultorio médico para el tratamiento. Esto puede ser mediante el pago o la reposición del dinero (reembolso) que pagó por combustible, pago por uso de transporte colectivo o autobús. Los departamentos municipales de servicio social en cada estado coordinan esta ayuda con la transportación, pero las familias deben solicitarla hablando con su administrador de casos de Medicaid.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer cuenta con el programa Camino A La Recuperación® disponible en algunas regiones. Dicho programa consiste de voluntarios capacitados que transportan en sus propios vehículos a los pacientes y familias hacia los hospitales y centros de tratamiento. Póngase en contacto con la oficina de la Sociedad

Americana del Cáncer de su región para más información sobre el tipo de programa de transporte disponible en su región.

Los grupos comunitarios y eclesiásticos también puede que sean fuentes de apoyo con el costo de los traslados. Además, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica sobre cómo conseguir ayuda con los gastos del hospital o clínica.

Para ayuda con los gastos de transporte aéreo

El *National Patient Travel Center* (NPTC) es un centro de proceso de información que conecta a las personas que llaman con más de tres docenas de grupos caritativos o grupos que ofrecen servicios de traslados aéreos a pacientes con descuentos especiales. El NPTC puede ayudar a los pacientes a encontrar un programa que les ayude con los costos de transportación aérea por motivos relacionados con enfermedades, incluyendo servicio de ambulancia aérea. El personal de la línea de ayuda del *National Patient Travel Center* evalúa a las personas que llaman, verifica la enfermedad y la necesidad de transporte, y determina si la persona es elegible para asistencia a través de uno de los programas de transporte aéreo. Puede ponerse en contacto con el llamando al 1-800-296-1217 o en su sitio Web www.patienttravel.org.

Para ayuda con los gastos de servicio telefónico

Puede que haya ayuda temporal disponible para los gastos de servicio telefónico básico para familias de escasos recursos (TANF por sus siglas en inglés; refiérase a la sección "Para obtener más información" para los datos de contacto). Consulte a la persona encargada de elegibilidad del departamento de servicio social de su municipio para más información. Si usted hace uso de un plan mensual de telefonía celular, póngase en contacto con su proveedor antes de sobrepasar su límite de servicio. En ocasiones pueden ayudarle a evitar que se sobrepase de su límite mensual. Las familias que tengan dificultades en controlar sus gastos telefónicos puede que quieran considerar el uso de tarjetas prepagadas, el uso de líneas de prepago de teléfonos celulares o planes con minutos prepagados.

La *Universal Service Administrative Company* (USAC) es otro recurso que puede que sea útil si sus ingresos son muy bajos. Visite su sitio Web www.usac.org/li/getting-service/benefits.aspx para obtener más información sobre apoyo para el servicio telefónico celular disponible en su estado. O puede llamar al 1-888-641-8722 y seguir las indicaciones para bajos ingresos.

También puede llamar a la Sociedad Americana Contra El Cáncer para información sobre otros recursos de su región sobre servicios telefónicos.

Para ayuda con alimentos y el costo de la alimentación

Programas de gobiernos estatales y federales: algunos programas del gobierno proveen asistencia a las personas con bajos recursos económicos para los alimentos y los costos de la alimentación. Los programas que se incluyen a continuación son ofrecidos por el

Departamento de Agricultura de EE.UU., aunque algunos son administrados por estados, para distintos grupos de personas.

El programa más conocido es el programa de ayuda de nutrición complementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program* o SNAP, antes conocido como *Food Stamp Program*). Este programa permite que las personas compren alimentos en supermercados usando una tarjeta conocida en inglés como *Electronic Benefits Transfer Card* (muy parecida a una tarjeta de crédito).

Estos programas distribuyen alimentos a las personas indigentes:

- Programa de productos alimenticios complementarios (*Commodity Supplemental Food Program* o CSFP)
- Programa de ayuda alimentaria de emergencia (*The Emergency Food Assistance Program* o TEFAP).

Los programas de vales y cupones, tal como *Women, Infants and Children* (WIC, para mujeres embarazadas, infantes y niños) incluyen acceso a alimentos frescos para familias y ancianos:

- Programa nutricional del mercado de productos agrícolas (*Farmers' Market Nutrition Program*).
- Programa nutricional del mercado de productos agrícolas para personas de edad avanzada (*Senior Farmers' Market Nutrition Program*).

Estos programas son para niños que asisten a la escuela, para alimentos en la escuela o durante el verano:

- Programa nacional de comidas escolares (*National School Lunch Program*).
- Programa Frutas y Verduras Frescas (*Fresh Fruit & Vegetable Program*).
- Programa de desayunos escolares (*School Breakfast Program*).
- Programa especial para el consumo de leche (*Special Milk Program*).
- Nutrición en equipo (*Team Nutrition*).
- Programa de servicio alimenticio del verano (*Summer Food Service Program* – alimentos para niños durante la época de vacaciones escolares).

Recuerde que algunas personas y familias pueden calificar para más de un tipo de asistencia. Usted puede llamar por teléfono al departamento de salud local o al departamento de servicios sociales para saber más sobre SNAP. Vea las páginas azules de su guía o directorio telefónico o llame al 1-800-221-5689 para obtener el número local. Puede obtener más información sobre todos estos programas al visitar www.whyhunger.org/findfood. Para más información, póngase en contacto con la Línea Nacional de Ayuda Contra el Hambre (*National Hunger Hotline*) at 1-866-348-6479; para el servicio en español, llame al 1-877-842-6273.

Programa de comidas a domicilio "*Meals on Wheels*": este programa está diseñado para las personas que tienen alguna incapacidad que no les permite salir de casa, o para las personas de edad muy avanzada. Los voluntarios realizan la entrega hasta su hogar de comidas ya preparadas. Los costos o los cargos varían según su edad y el lugar donde vive. Puede ponerse en contacto llamando al 888-998-6325 o en su sitio Web www.mowaa.org.

Otros tipos de ayuda

Puede que también obtenga ayuda general de fondos especiales disponibles en su centro de atención médica o en su comunidad. O quizás pueda obtener ayuda mediante algún evento para recaudar fondos para usted o su familia. El trabajador social de su equipo de atención contra el cáncer puede ofrecerle más información sobre recursos que podrían ser útiles. También existen organizaciones y materiales escritos que pueden darle ideas sobre estrategias para la recaudación de fondos (refiérase a "Para obtener más información").

Sobre el acceso a Internet

Como habrá notado, muchos de estos grupos y organizaciones cuentan ya con mucha de su información disponible en Internet, con lo cual puede que sea más difícil ponerse en contacto con una persona directamente para formular preguntas. Cuando llame, podría ser que los mensajes grabados le exhorten a buscar la información que usted necesita en su sitio Web. Para muchas organizaciones, esto conforma una forma de ahorrar dinero y así poder dedicar más fondos para los servicios de las personas que atienden. Sin embargo, esto no funciona para todas las personas que necesitan ayuda.

Muchas personas, especialmente familias que están afrontando problemas financieros, no cuentan con acceso a Internet en casa. Esto puede dificultar que encuentren la ayuda que necesitan. Tal vez desee verificar si la biblioteca pública local ofrece el uso de sus computadoras y acceso a Internet sin costo para los usuarios. Un beneficio adicional consiste en que los bibliotecarios tal vez podrían ayudarle a encontrar la información que necesita en Internet.

No obstante, no siempre es necesario el acceso a Internet para buscar ayuda. Muchas organizaciones también cuentan con líneas de atención telefónica sin costo para que las personas que no cuentan con acceso a Internet puedan informarse sobre los servicios que se ofrecen. No se avergüence de informar a la gente que no tiene acceso a Internet o que no tiene forma de revisar su sitio Web.

Y no olvide que siempre contará con la posibilidad de llamarnos en cualquier momento para informarse sobre cómo obtener la ayuda que necesita.

Beneficios por discapacidad

A través de su empleador

Si llega al punto en que debe dejar de trabajar, investigue si su empleador cuenta con una póliza de seguro por discapacidad a largo plazo antes de dejar de trabajar. Este tipo de póliza normalmente repone del 60 al 70 por ciento de su ingreso. Lea la descripción de su póliza detalladamente. Vea cuál es la definición de discapacidad (de acuerdo a su póliza), la cantidad de beneficio mensual, el periodo de beneficio, el periodo de espera y si requiere pagar impuestos sobre el dinero otorgado. Algunas compañías también cuentan con la opción de discapacidad a corto plazo la cual puede reponer el ingreso durante parte o todo el periodo de exclusión en lo que aplica la póliza de discapacidad a largo plazo.

Ingreso del Seguro Social por Discapacidad

Si usted ha estado trabajando durante muchos años, probablemente ha contribuido al Seguro Social. En ese caso, usted podría calificar para el ingreso por discapacidad laboral. Sin embargo, debe cumplir con los criterios de la definición de discapacidad laboral de la Administración de Seguro Social, la cual es bastante estricta. Si su solicitud es rechazada, realice el trámite nuevamente. Algunas de las solicitudes denegadas la primera vez son aprobadas tras una apelación. Si es aprobado, los beneficios no estarán vigentes hasta el sexto mes de discapacidad completa.

En caso de ciertas enfermedades graves, incluyendo ciertos tipos de cáncer, puede que la aprobación tome menos tiempo. La oficina de Administración de Seguro Social puede acelerar el proceso de las solicitudes de discapacidad para las personas con un diagnóstico que se encuentra en la lista de Aprobación de Beneficios por Compasión (*Compassionate Allowances*). Usted puede verificar la lista en línea visitando www.socialsecurity.gov/compassionateallowances/.

Su ingreso no influye en la aprobación del ingreso por discapacidad laboral (SSDI). Para saber cómo solicitarlo, llame a la Administración del Seguro Social (refiérase a la sección de “Para obtener más información” para el número telefónico).

Tenga en cuenta que tras recibir el ingreso del Seguro Social por incapacidad (SSDI) por 24 meses, usted se hace elegible para Medicare. Además, si usted tiene un hijo o hijos dependientes, puede que sean elegibles para recibir los beneficios bajo su SSDI.

Ingreso Suplementario del Seguro (SSI)

El Ingreso Suplementario del Seguro (*Supplemental Security Income* o SSI) está diseñado para complementar el ingreso de una persona o familiar elegible de una persona con una incapacidad laboral. El ingreso personal o familiar debe ser bajo y de recursos limitados. Si no ha trabajado mucho o si su ingreso era muy bajo antes de que quedara incapacitado para trabajar, usted puede ser elegible para el Ingreso Suplementario del Seguro. Para recibir el SSI, su ingreso y sus activos deben quedar por debajo de cierto nivel; debe tener alguna incapacidad, tener más de 65 años y/o padecer ceguera. Al igual que el SSDI,

ciertas enfermedades aceleran el proceso bajo el programa “Aprobación de Beneficios por Compasión”. Si califica, el SSI le paga un ingreso mensual. La cantidad del ingreso adicional varía de estado a estado. También cambia cada año.

Los hijos pueden calificar para el SSI si cumplen con la definición de incapacidad del Seguro Social. Los criterios de ingreso son comprobados por la oficina de la Administración de Seguro Social. Los especialistas en evaluación de incapacidad laboral en la oficina estatal del Seguro Social deciden si cumple con la condición de incapacidad laboral. Los hijos con ciertos diagnósticos de cáncer son considerados como personas con una discapacidad.

En muchos estados, Medicaid se aprueba a cualquier adulto o niño que recibe SSI, aunque puede que necesite solicitarlo por separado. A través del trabajador social de su equipo podrá obtener más información sobre el Ingreso Suplementario del Seguro, o puede acudir a la oficina de su región de la Administración de Seguro Social que se lista en la sección correspondiente al Gobierno de EE.UU. en su guía telefónica. Refiérase a la sección “Para obtener más información”.

Apoyo temporal para familias necesitadas (TANF)

El programa de Apoyo temporal para familias necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families* o TANF) en un programa de subvenciones que ofrece montos en efectivo mensualmente para ayudar a que la familia pague por alimentos, ropa, vivienda, servicios públicos, transporte, teléfono y suministros médicos, entre otras necesidades básicas que no están cubiertas por Medicaid. TANF también ayuda a que los estados ofrezcan programas de capacitación y empleo a las personas en programas de asistencia social. Un trabajador social puede informarle sobre el plan de su estado o refiérase a la sección a “Para obtener más información” para la información de contacto de este programa.

Para obtener más información

Más información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

La información a continuación también puede serle útil. Los materiales a continuación pueden solicitarse sin costo a través de nuestra línea gratuita al 1-800-227-2345 o puede leerlos consultando nuestro sitio Web en www.cancer.org.

Derechos legales y laborales

¿Qué es COBRA?

¿Qué es HIPAA?

Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades: información para las personas que afrontan el cáncer

Seguro de atención médica y cuestiones financieras

Niños diagnosticados con cáncer: aspectos financieros y de seguro médico

Cobertura de Medicare para la prevención y detección temprana del cáncer

Medicare Parte D: Things People With Cancer May Want to Know

Estudios clínicos: lo que necesita saber

Off Treatment: Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families

Cómo encontrar a un asesor financiero sensible con asuntos sobre cáncer Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families

Advanced Illness:Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families

Can I Be Prepared If Cancer Occurs?: Financial Guidance for Those With Concerns About Cancer

Apoyo con el tratamiento médico

Programas de asistencia para medicamentos recetados

Programa nacional para la detección temprana del cáncer de seno y el cáncer de cuello uterino

Organizaciones nacionales y sitios en Internet*

Conjuntamente con la Sociedad Americana Contra El Cáncer, a continuación se indican otras fuentes de información y apoyo. Debido a que se disponen de muchos recursos, algunos presentan su información de contacto en el texto de este documento, en lugar de aparecer en esta sección.

Cobertura médica

State Health Care Marketplaces – US Department of Health and Human Services
Teléfono sin cargos: 1-800-318-2596 (también en español)
TTY: 1-855-889-4325
Sitio Web: www.healthcare.gov

> Provee información sobre la nueva ley de seguros médicos, le guía por los pasos necesarios para encontrar un seguro, y mucho más. Si no tiene acceso a Internet, el número de teléfono le conectará con el mercado de seguros médicos de su estado.

Medicaid - Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. Teléfono sin cargos: 1-877-696-6775
Sitio Web: http://www.medicaid.gov/index.html

> Para informarse más sobre cobertura y elegibilidad de Medicaid. Su agencia estatal sobre servicios sociales o servicios humanos puede ofrecerle las mejores respuestas a las preguntas que tenga sobre sus beneficios, elegibilidad y fraude. Para información sobre el programa Medicaid de su estado, visite www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-State/By-State.html

Medicare - Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU.
Teléfono sin cargos: 1-800-633-4227
TTY: 1-877-486-2048
Sitio Web: www.medicare.gov

> Responde a preguntas, ofrece documentación y referencias a las oficinas estatales del programa Medicare, así como a las organizaciones locales del mantenimiento de la salud (HMO) con los contratos de Medicare

Department of Veterans Affairs
Teléfono sin cargos: 1-800-827-1000
Sitio Web: www.va.gov

> Para información sobre los beneficios médicos para los veteranos y saber si califica para ellos, línea gratuita: 1-877-222-8387
> Sitio Web: www.va.gov/healthbenefits/apply/veterans.asp

Obtención de ayuda respecto al seguro médico

US Department of Health & Human Services
Sitio Web: www.healthcare.gov

> Para la información más actual sobre atención médica y legislación sobre seguros médicos, y cómo le podría afectar.

Cancer Legal Resource Center (CLRC)
Línea telefónica gratuita: 1-866-843-2572 (puede que requiera dejar un número para que le llamen posteriormente)
Sitio Web: www.cancerlegalresourcecenter.org

> Ofrece consultoría legal gratuita sobre leyes y recursos para muchos aspectos relacionados con el cáncer, incluyendo cuestiones sobre seguro médico, denegación de beneficios y beneficios gubernamentales.

Patient Advocate Foundation (PAF)
Teléfono sin cargos: 1- 800-532-5274
Sitio Web: www.patientadvocate.org

Esta fundación trabaja en conjunto con el paciente y su compañía de seguro médico, empleador y/o acreedores para resolver problemas relacionados con la cobertura médica, retención del empleo y/o problemas por cuentas por pagar debido al diagnóstico, con asistencia de administradores de casos, médicos, y abogados. Para pacientes de cáncer en tratamiento o aquéllos con menos de 2 años sin recibir tratamiento.

Medicare Rights Center (para quienes cuentan con Medicare)
Teléfono sin cargos: 1-800-333-4114
Sitio Web: www.medicarerights.org

Este servicio puede ayudarle a entender sus derechos y beneficios, aprender el funcionamiento del sistema de Medicare y obtener atención de calidad. También pueden ayudarle a solicitar asistencia de programas que ayudan a reducir sus costos de medicinas y atención médica, le orientan por el proceso de apelaciones si su plan de Medicare para medicamentos recetados rechaza cobertura para las medicinas que necesita.

Sus derechos laborales

US Department of Labor, Employee Benefits, Security Administration (EBSA)
Teléfono sin cargos: 1-866-444-3272
Sitio Web: www.dol.gov/ebsa

Información sobre legislación de beneficios para los empleados, incluyendo los requisitos para los programas COBRA, FMLA, HIPAA de cobertura basada en el empleador y planes autofinanciados de seguro médico. También cuenta con información sobre cambios recientes en las leyes sobre atención médica. La información para las personas en reserva para las Fuerzas Armadas que deben dejar su empleo para acudir al llamado de servicio activo, puede accederse en: www.dol.gov/elaws/vets/userra/mainmenu.asp

US Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)
Teléfono sin cargos: 1-800-669-4000
TTY: 1-800-669-6820
Sitio Web: www.eeoc.gov

Para información sobre todas las regulaciones de ecuanimidad sobre oportunidades de empleo, prácticas y políticas, así como publicaciones al respecto; asesoría sobre cómo presentar cargos por discriminación en el trabajo e información sobre las oficinas de esta organización en su región.

Fuentes de ingresos y administración de dinero

Social Security Administration (SSA)
Teléfono sin cargos: 1-800-772-1213
TTY: 1-800-325-0778
Sitio Web: www.socialsecurity.gov

Provee información general, criterios de elegibilidad, información sobre cómo solicitar beneficios en programas tales como el de Ingreso del Seguro Social por Discapacidad y el de Seguridad de Ingreso Suplementario, si usted no puede trabajar. Realiza los referidos a las oficinas locales de la SSA y Medicare/Medicaid

TANF and State Health Departments – Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU.
Teléfono sin cargos: 1-877-696-6775
Sitio Web: www.acf.hhs.gov/programs/ofa/help

Provee información de contacto para cada departamento de salud estatal, incluyendo asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) en su estado

Financial Planning Association
Teléfono: 1-800-322-4237
Sitio Web: www.fpanet.org

Ofrece información gratis sobre finanzas personales, responde preguntas generales sobre planificación financiera, hace referidos a miembros de FPA que son planificadores financieros certificados (*Certified Financial Planners*™), y coordina servicios de planificación financiera para personas calificadas y familiares en necesidad económica.

Internal Revenue Service
Teléfono sin cargos: 1-800-829-1040
TTY: 1-800-829-4059
Sitio Web: www.irs.gov

Responde preguntas sobre impuestos, formularios de impuestos y recomienda asistencia gratuita sobre impuestos para aquellas personas que califican.

** La inclusión en estas listas no implica endoso por parte de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.*

Independientemente de quién sea usted, nosotros podemos ayudarle. Contáctenos para obtener información y apoyo. Llámenos al **1-800-227-2345** o visítenos en www.cancer.org.

Referencias

American College Health Association. Affordable Care Act and Student Health Insurance. Accessed at http://www.acha.org/Topics/Affordable_Care_Act/FAQs_for_IndividualCoverageClassification.cfm on February 16, 2015.

Centers for Medicare & Medicaid Services. Children’s Health Insurance Program. Accessed at www.medicaid.gov/chip/chip-program-information.html on February 16, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight (CCIIO). Health Insurance Market Reforms. Accessed at www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/index.html on December 30, 2013.

Coalition Against Insurance Fraud. Fake Health Plans Accessed at www.insurancefraud.org/scam-alerts-fake-health.htm on February 16, 2015.

US Department of Veterans Affairs. CHAMPVA. Accessed at www.va.gov/purchasedcare/programs/dependents/champva/index.asp on February 16, 2015.

Hudson KL, Holohan MK, Collins FS. Keeping Pace with the Times – The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008. *New Eng J Med*. 2008;358:2661-2663.

Health Insurance Resource Center. Accessed at www.healthinsurance.org on December 30, 2013.

Henry J. Kaiser Family Foundation. Health Reform Implementation Timeline. Accessed at http://kff.org/interactive/implementation-timeline/ on December 30, 2013.

Henry J. Kaiser Family Foundation. State Decisions on Health Insurance Exchanges and the Medicaid Expansion, as of June 20, 2013. Accessed at http://kff.org/health-reform/state-indicator/state-decisions-for-creating-health-insurance-exchanges-and-expanding-medicaid/ on February 16, 2015.

National Cancer Institute. *Facing Forward: A Guide for Cancer Survivors*. (NIH Publication No.94-2424, Revised July, 1994).

TRICARE Management Activity. Popular Topics. Accessed at www.tricare.mil on February 16, 2015..

US Department of Health and Human Services. What is Medicare:. Accessed at www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html on February 16, 2015.

US Department of Health & Human Services. Understanding Insurance. Accessed at www.healthcare.gov on February 16, 2015.

US Department of Health and Human Services. Has Your Health Insurer Denied Payment for a Medical Service? You Have a Right to Appeal. Accessed at www.healthcare.gov/news/factsheets/2012/06/appeals06152012a.html on June 20, 2013. Content no longer available.

US Department of Health and Human Services. Appealing Health Plan Decisions. Accessed at http://www.hhs.gov/healthcare/rights/appeal/appealing-health-plan-decisions.html on February 16, 2015.

US Department of Health and Human Services. Catastrophic Health Insurance Plans Accessed at https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/catastrophic-plans/ on February 16, 2015.

US Department of Agriculture. How to Get Food Help (brochure). November 2010. Accessed at http://www.fns.usda.gov/sites/default/files/ConsumerBrochure.pdf on February 16, 2015.

Last Medical Review: 11/5/2014
Last Revised: 2/18/2015

2014 Copyright American Cancer Society

For additional assistance please contact your American Cancer Society
1-800-227-2345 or www.cancer.org