



LEUKEMIA &
LYMPHOMA
SOCIETY®

RECURSOS PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

EL CÁNCER Y SUS FINANZAS

Narraciones sobre la vida con cáncer de la sangre de pacientes en nuestra Comunidad de LLS

Sé fuerte y sigue avanzando. Encuentra lo positivo en cada día. Sé tu mejor defensor. Esta experiencia ha cambiado mi vida para lo mejor. **Acepta, aprende y céntrate en el presente. Aprendo a vivir una vida distinta. Repentino y transformador: mantente positivo. Espera, preocupación, ansiedad, ¡feliz de estar vivo! Acoge una nueva normalidad cada día. 5 años, 41 infusiones intravenosas, fatiga constante. Paciencia, actitud positiva, esperanza y fe. Una prueba tras otra, ¡sobreviviré! Tratamiento, fatiga, tratamiento, fatiga y supervivencia. Ama la vida, vive mejor cada día. No miro atrás, solo adelante. Por ahora, todo bien, vive la vida. Meditación, atención plena, bienestar, fe, nutrición y optimismo. Encuentro la alegría mientras vivo en la incertidumbre.** Observar, esperar, recibir tratamiento, reorganizarse, descansar, recuperar la energía. ¡Afortunado de sentirme tan bien! **Experiencia reveladora, aprendizaje necesario y curación. Me siento bien, pero los planes de viaje inciertos me molestan. Fe renovada, meditación, dieta, atención plena, gratitud.** La espera vigilante puede resultar en una preocupación vigilante. Da miedo, caro, agradecido, bendiciones, esperanza, fe. **¡Gracias a Dios por los trasplantes de células madre! No sé qué esperar. Extraordinariamente agradecido, amo mi vida. Diagnosticado, asustado, evaluado, en tratamiento, a la espera, esperanzado. Soy más generoso, menos impaciente. Acoge tu tratamiento día tras día. Vive el día de hoy, acepta el mañana, olvida el pasado. Fortaleza que nunca supe que tenía.** Desafío para nuestros corazones y mentes. La vida es lo que nosotros creamos. **Vive la vida de una manera hermosa.**



Descubra lo que otros miles ya han
descubierto en www.LLS.org/Community

Únase a nuestra red social por Internet para las personas que viven con cáncer de la sangre y quienes las apoyan. (El sitio web está en inglés). Los miembros encontrarán:

- Comunicación entre pacientes y cuidadores que comparten sus experiencias e información, con el apoyo de personal experto
- Actualizaciones precisas y de vanguardia sobre las enfermedades
- Oportunidades de participar en encuestas que contribuirán a mejorar la atención médica

Índice

- 2** Glosario de siglas
 - 4** Introducción
 - 4** Seguro médico
 - 8** Tipos de planes de seguro médico
 - 12** Opciones de seguros por discapacidad
 - 12** Cómo mantenerse organizado
 - 13** Explicación de beneficios y denegación de cobertura de seguro médico
 - 17** Asistencia económica
 - 18** Protecciones federales de empleo
- Planillas de asuntos financieros:
- 23** Listas de comprobación para los asuntos financieros
 - 27** Lista de comprobación de los costos del seguro médico y formulario de presupuesto
 - 31** Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico
 - 33** Registro de la asistencia económica
- Para obtener más copias de estas planillas, visite www.LLS.org/planillas.*
- 35** Información y recursos
 - 37** Otras organizaciones
 - 40** Glosario de términos
 - 43** Referencias bibliográficas

Agradecimiento

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma agradece la revisión de la versión en inglés de este material realizada por:

Monica Fawzy Bryant, Esq

Abogada especialista en los derechos de los pacientes con cáncer y directora general
Triage Cancer
Chicago, IL

La información de este librito se ofrece con fines exclusivos de información general y no debería usarse como sustituto de la orientación de profesionales ni de los servicios profesionales. La información acerca de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 es correcta en el momento de la publicación, y está sujeta a cambios. Si tiene preguntas o necesita obtener más información, comuníquese con un Especialista en Información de LLS llamando al (800) 955-4572, o visite el sitio web de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (o más sencillamente, Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) en www.cuidadodesalud.gov.

Glosario de siglas

Al leer esta publicación, usted notará que se incluyen varias siglas y abreviaturas en inglés. A continuación hay una lista de estas siglas y abreviaturas en orden alfabético, seguidas de los términos que representan en inglés y en español, para ayudarlo a entender su significado y uso. Los profesionales médicos en los Estados Unidos usan siglas y abreviaturas a menudo cuando hablan de enfermedades y tratamientos, así como organizaciones de atención médica y servicios y recursos de apoyo al paciente.

Sigla	Término en inglés	Término en español
ACA	Affordable Care Act	Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
ADA	Americans with Disabilities Act	Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
BMT InfoNet	Blood & Marrow Transplant Information Network	Red de Información de Trasplante de Sangre y Médula Ósea
C-FAC	Cancer Financial Assistance Coalition	Coalición de Ayuda Económica para Pacientes con Cáncer
CPT	current procedural terminology	terminología actualizada de procedimientos médicos
COBRA	Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act	Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria
DOL	Department of Labor	Departamento de Trabajo
EOB	explanation of benefits	explicación de beneficios
EPO	exclusive provider organization	organización de proveedores exclusivos
ERISA	Employee Retirement Income Security Act	Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados
FFS (plan)	fee-for-service plan	plan de pago por servicio
FHCE	Foundation for Health Coverage Education	Fundación para la Educación sobre la Cobertura Médica
FMLA	Family and Medical Leave Act	Ley de Ausencia Familiar y Médica
FSA	flexible spending account	cuenta de gastos flexibles
HMO	Health Maintenance Organization	organización para el mantenimiento de la salud
HSA	health savings account	cuenta de ahorros para gastos médicos
HUD	Department of Housing and Urban Development	Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano
JAN	Job Accommodation Network	Red de Acomodación en el Empleo
LIHEAP	Low Income Heating Energy Assistance	Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos
LLS	Leukemia & Lymphoma Society	Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma
MA-PD (plan)	Medicare Advantage prescription drug plan	plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage
MRI	magnetic resonance imaging	resonancia magnética
NACo	National Association of Counties	Asociación Nacional de Condados
NCOA	National Council on Aging	Consejo Nacional sobre el Envejecimiento

Sigla	Término en inglés	Término en español
NCLSN	National Cancer Legal Services Network	Red Nacional de Servicios Legales relacionados con el Cáncer
NCSL	National Conference of State Legislatures	Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales
NFT	National Foundation for Transplants	Fundación Nacional de Trasplantes
NIMH	National Institute of Mental Health	Instituto Nacional de la Salud Mental
NMDP	National Marrow Donor Program	Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea
NPAF	National Patient Advocate Foundation	Fundación Nacional para la Defensa del Paciente
PAF	Patient Advocate Foundation	Fundación del Defensor del Paciente
PCP	primary care physician/provider	médico de atención primaria (de cabecera)
PDP	prescription drug plan	plan de medicamentos recetados
POS (plan)	point-of-service plan	plan de punto de servicio
PPA	Partnership for Prescription Assistance	Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act	Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio
PPO	preferred provider organization	organización de proveedores preferidos
RMK (code)	remark code	código de comentario
SBC	summary of benefits and coverage	resumen de beneficios y cobertura
S-CHIP	State Children's Health Insurance Program	Programa Estatal de Seguro Médico para Niños
SHIP	State Health Insurance Assistance Program	Programa Estatal de Asistencia para los Seguros Médicos
SNAP	Supplemental Nutrition Assistance Program	Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria
SSDI	Social Security Disability Insurance	Seguro por Incapacidad del Seguro Social
SSI	Supplemental Security Income	Seguridad de Ingreso Suplementario
VA	Veterans Affairs	Asuntos de los Veteranos

Introducción

El pago de la atención médica es una gran preocupación para muchas personas que viven con un cáncer de la sangre, ya sea la leucemia, el linfoma, el mieloma, un síndrome mielodisplásico o una neoplasia mieloproliferativa.

Millones de personas en los Estados Unidos no tienen seguro médico, y el número de personas que carecen de cobertura suficiente está aumentando rápidamente. Entre ellas se incluyen:

- Las personas que permiten que su cobertura de seguro médico caduque cuando dejan de trabajar o cambian de trabajo, o porque no pueden costearla.
- Las personas que no pueden solventar el costo de un seguro privado y que tal vez no se han dado cuenta de que reúnen los requisitos para ser beneficiario de programas gubernamentales o recibir otros tipos de asistencia.
- Los pacientes que descubren, después de recibir un diagnóstico de cáncer, que su póliza de seguro no cubre los medicamentos recetados o los tratamientos que necesitan.
- Los pacientes que tal vez no puedan costear los copagos, los deducibles o el coseguro.

Este librito describe las opciones de seguro médico y los recursos disponibles para ayudar a los pacientes y familias que están afrontando los aspectos económicos de la atención médica para el cáncer. Tal vez quiera echarle un vistazo a todo el contenido de este librito y luego regresar a las secciones que abarcan la información específica que usted necesita.

Los Especialistas en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) ofrecen orientación sobre los seguros médicos, programas gubernamentales, beneficios por discapacidad, programas de asistencia económica y defensa de derechos. El personal encargado de los servicios de acceso del paciente en las oficinas regionales de LLS puede ayudarlo a acceder a los programas de LLS y otros recursos comunitarios. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572.

Seguro médico

El seguro médico ayuda a pagar los tratamientos médicos costosos y puede proteger a los pacientes y sus familiares de las dificultades económicas. Hay diferentes tipos de programas de seguro médico privados y públicos.

La cobertura del seguro médico privado puede provenir de:

- Un empleador
- Un sindicato
- Otra asociación
- Una compañía de seguros médicos que ofrece pólizas individuales y/o familiares

Los programas de seguro médico financiados por el gobierno incluyen:

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

¿Cómo me informo sobre mis opciones de atención médica?

El sitio web CuidadoDeSalud.gov, administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ofrece información sobre las reformas del sistema de atención médica y sobre todas las opciones de seguro médico que están disponibles en su área geográfica. Para obtener más información sobre las diferentes opciones de seguro médico, vea la sección titulada *Tipos de planes de seguro médico* en la página 8. La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma se ha aliado con otras organizaciones de defensa de los derechos de los pacientes con cáncer para crear la Guía de cobertura médica para personas con cáncer (Cancer Insurance Checklist). Usted puede usar esta guía a fin de averiguar cuál plan de seguro médico será más adecuado en su caso. Para obtener más información, vea la sección titulada *Otras organizaciones* en la página 37, o visite www.CancerInsuranceChecklist.org/es.

Conozca su cobertura. No es poco común que algunos pacientes con diagnóstico de una enfermedad seria, como el cáncer, descubran que carecen de cobertura suficiente. Los pacientes con

diagnóstico reciente deben saber exactamente qué tratamientos y servicios médicos cubren sus seguros, cómo proteger sus beneficios, con qué recursos cuentan para cubrir cualquier carencia en la cobertura del seguro y qué gastos necesitarán pagar de su propio bolsillo. Los sobrevivientes del cáncer que necesitarán recibir atención de seguimiento también deben saber qué está cubierto por el seguro médico.

Las personas que tienen seguro médico deben leer sus pólizas atentamente para comprender los servicios médicos que están cubiertos. Los gastos contraídos pueden incluir:

Primas

- La prima es el costo de la participación en el plan.
- Por lo general, los pagos de las primas se hacen mensualmente.

Deducible

- El deducible es un monto fijo de dinero que cada paciente debe satisfacer (pagar de su propio bolsillo) cada año antes de que el plan de seguro cubra los gastos médicos.
- Por ejemplo, Juan tiene un deducible de \$1,000. Después de que Juan pague su deducible, su compañía de seguros empezará a pagar los servicios cubiertos.

Copagos

- Un copago es el monto fijo de dinero que paga el paciente al momento de recibir ciertos servicios médicos y medicamentos recetados.
- No se aplican a los montos del deducible del plan de seguro médico.
- Puede variar dependiendo de si el paciente consulta con un especialista (p. ej., un hematólogo-oncólogo) o su médico de cabecera (médico de atención primaria o PCP, por sus siglas en inglés).
- Por ejemplo: Patricia necesita consultar con su médico de cabecera y con un especialista. Su plan establece que ella tiene un copago de \$30 en el consultorio del proveedor de atención primaria y de \$50 en el del especialista. El copago es un monto fijo que no depende del monto de su factura.

Coseguro/gastos compartidos

- Estos especifican ciertos porcentajes de los gastos médicos que el paciente y el plan de salud comparten.

- Para el paciente, este costo se suma al de los deducibles y copagos.
- Los cargos pueden corresponder a los servicios del hospital, ciertas pruebas de laboratorio y también a servicios de atención médica que el paciente recibe de un profesional médico fuera de la red del plan.
- Por ejemplo, si Patricia tiene un plan 80/20, el asegurador paga el 80 por ciento de los gastos cubiertos y ella paga el 20 por ciento restante de los gastos médicos y de los medicamentos recetados.

Gastos de su bolsillo

- Se trata del monto total de gastos médicos que es responsabilidad del paciente.

Límite de gastos de su bolsillo

- Se trata del monto máximo que el paciente paga en total por año en deducibles más el coseguro.
- Después de alcanzar el límite de gastos de su bolsillo, el paciente ya no paga el coseguro porque su plan empieza a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos.
- Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan.
- Ellos deben seguir pagando sus primas mensuales o su seguro será cancelado.

Dentro de la red y fuera de la red

- Los proveedores dentro de la red son contratados por la compañía de seguros médicos para brindar servicios a los miembros del plan con base en tarifas prefijadas.
- Los proveedores fuera de la red no están contratados directamente por el plan de seguro médico.
- El monto que el paciente paga por un proveedor dentro de la red suele ser mucho menor que el monto que paga por un proveedor fuera de la red.

Beneficio máximo anual y de por vida

- Estos términos se refieren a los beneficios máximos que se pagarán por cada persona inscrita en el plan cada año o durante la vida de una persona.
- Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), en el caso de los años de los planes que comenzaron a partir del 23 de septiembre de 2010, los planes

no pueden continuar imponiendo límites (o “caps”, en inglés) de por vida y, a partir del 1 de enero de 2014, los planes ya no pueden imponer límites anuales a los beneficios de salud esenciales.

Para consultar una lista ampliada de términos relacionados con el seguro médico, vea la sección titulada *Glosario de términos* en la página 40.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Conforme a la ACA (también conocida como Ley de Atención Asequible y “Obamacare”), es obligatorio que la mayoría de los ciudadanos estadounidenses y personas que viven legalmente en los Estados Unidos tengan la cobertura mínima esencial de una póliza de seguro médico a partir del 1 de enero de 2014. Este requisito suele denominarse el “mandato individual”.

La cobertura mínima esencial de seguro médico incluye:

- El seguro que obtiene a través de su empleador
- Las pólizas que compra directamente de una compañía de seguros
- Medicare
- Medicaid
- Los fondos comunes de alto riesgo (“high-risk pools”, en inglés) de los gobiernos estatales
- Los planes de salud para veteranos
- Otros tipos de cobertura

Según la ACA, si usted no tiene cobertura de seguro médico durante al menos 9 meses en un año, deberá pagar una multa tributaria. En el 2018, la multa es de \$695 o 2.5 por ciento de los ingresos del hogar.

El requisito tiene algunas excepciones y por eso algunas personas no necesitan obtener este seguro médico, entre ellas, las que tienen dificultades económicas, las que tienen objeciones religiosas, los miembros de las tribus de indios americanos, los inmigrantes indocumentados y las personas encarceladas.

Debido a cambios de política, a partir del 2019 los consumidores no tendrán que pagar una multa por no contar con cobertura. Este cambio podría ocasionar un aumento de las primas individuales en el 2019 y en los años posteriores. Hasta marzo del 2018, la ACA aún está vigente en los Estados Unidos, y los Mercados de Seguros Médicos todavía están operativos. Los requisitos en cuanto

a los beneficiarios y las estipulaciones de dicha ley permanecen iguales. Para obtener la información más reciente sobre la reforma del sistema de atención médica, puede visitar www.triagecancer.org/blog (en inglés).

Planes del Mercado de Seguros Médicos. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés, también denominada reforma del sistema de atención médica) tiene como objetivo ofrecer a las personas acceso a una atención médica asequible y de calidad. Esta ley ofrece asistencia de dos maneras, creando:

- Opciones nuevas para tener acceso a la cobertura de seguro médico
- Protecciones nuevas para los consumidores de la atención médica

Mediante la ACA, las personas individuales y las pequeñas empresas (con menos de 50 empleados) pueden contratar cobertura de seguro médico a través de los Mercados de Seguros Médicos de los gobiernos estatales.

A fin de poder vender pólizas a través de los mercados, las compañías de seguros deben:

- Proveer un nivel mínimo de beneficios de salud esenciales.
- Poner un límite a los gastos anuales que los miembros tienen que pagar de su propio bolsillo (en el 2018, \$7,350 para una persona individual y \$14,700 para una familia). Es posible que los montos aumenten en los próximos años.
- Ofrecer cinco niveles de planes estandarizados (Bronce, Plata, Oro, Platino y Catastrófico), cada uno con un costo distinto. En la sección titulada *Glosario de términos*, que empieza en la página 40, puede obtener una definición básica de cada plan para compararlos y ver cuál de ellos es el mejor para usted.

Tenga en cuenta que las personas con ingresos de hasta el 250 por ciento del nivel federal de pobreza y que han comprado un plan Plata reúnen los requisitos para recibir ayuda para el pago de su cobertura de seguro médico a través de subvenciones de costos compartidos.

Para obtener más información sobre los Mercados de Seguros Médicos, visite www.cuidadodesalud.gov, haga clic en Obtenga Cobertura y luego seleccione su estado.

Protección para los consumidores de atención médica conforme a la ACA. A continuación se enumeran las protecciones garantizadas a las personas conforme a la ACA.

- **Cancelaciones del seguro médico (anulaciones).** Las compañías de seguros ya no pueden cancelar ni “rescindir” su póliza a menos que usted cometa un fraude, haya mentido deliberadamente en la solicitud de inscripción o deje de pagar sus primas. En el pasado, las compañías de seguros podían cancelar la cobertura debido a una equivocación o error técnico en la solicitud de seguro médico de una persona. Actualmente esto es ilegal.
- **Protección correspondiente a afecciones preexistentes.** Las compañías de seguros ya no están autorizadas a denegar una póliza de seguro médico a niños o adultos con afecciones preexistentes, tales como el cáncer. Las compañías de seguros tampoco pueden continuar imponiendo períodos de exclusión por afecciones preexistentes en sus pólizas.
- **Calificación de primas.** A las compañías de seguros ya no se les permite tomar en cuenta la afección preexistente, los antecedentes médicos ni el sexo de una persona al determinar el costo de la prima mensual de una póliza. Las compañías de seguros solo pueden considerar la edad, la ubicación geográfica y (en algunos estados) el consumo de tabaco para determinar el costo de la prima mensual de una póliza.
- **Límites anuales o límites de por vida.** Los planes de salud privados no están autorizados a poner límites anuales ni límites de por vida (a veces denominados “caps”, en inglés) al monto de dinero correspondiente a la cobertura de una persona. Esto significa que las compañías de seguros no pueden negarse a pagar por la atención de una persona después de que esta haya alcanzado un monto específico ese año por todos los beneficios cubiertos conforme al plan. La persona aún podría ser responsable del pago de los beneficios que no están cubiertos.

Cobertura del seguro de las pruebas médicas y tratamientos relacionados con el cáncer mismo o con el tratamiento del cáncer. A continuación se enumeran las pruebas y tratamientos relacionados con el cáncer o el tratamiento del cáncer que el seguro médico cubrirá.

Servicios preventivos. La mayoría de las compañías

de seguros privadas están obligadas a ofrecer cobertura gratuita de ciertos servicios preventivos, tales como los exámenes de detección del cáncer (por ejemplo, colonoscopias y mamografías). Esto significa que usted puede acceder a estos servicios sin tener que pagar un copago, coseguro ni ningún monto que se aplique a los costos del deducible. Hay una lista de estos servicios preventivos en www.cuidadodesalud.gov.

Ensayos clínicos. La participación en un ensayo clínico podría ser una opción excelente para alguien con cáncer. A partir del 1 de enero de 2014, los aseguradores ya no están autorizados a poner límites o a disminuir la cobertura de las personas que elijan participar en un ensayo clínico. Esto se aplica a los ensayos clínicos cuyo objetivo es el tratamiento del cáncer, además de otras enfermedades potencialmente mortales. La ACA exige que las compañías de seguros cubran los “costos rutinarios” de las personas que participan en un ensayo clínico aprobado. Los costos rutinarios pueden incluir las consultas con el médico, pruebas de sangre, resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés) y otros estudios de imagenología, etc. Existen otras leyes que posiblemente ofrezcan protecciones adicionales a los participantes de los ensayos clínicos en 36 estados y el Distrito de Columbia.

Pruebas genéticas. Las pruebas genéticas han cambiado la faz del diagnóstico y tratamiento del cáncer, mejorando en definitiva la atención del paciente. Al identificar a las personas portadoras de mutaciones génicas, los profesionales médicos pueden determinar quiénes corren un riesgo mayor de presentar tipos específicos de cáncer. Los médicos pueden entonces ofrecer pruebas de detección a los pacientes en situaciones de alto riesgo, así como estrategias de prevención y prometedoras terapias dirigidas. Muchos planes de salud exigen que el paciente reciba asesoramiento genético por parte de un asesor genético o profesional médico con la certificación correspondiente antes de cubrir ciertas pruebas. Las pruebas genéticas pueden ser costosas. Solicite información a su proveedor de seguros médicos acerca de las pruebas genéticas cubiertas conforme a su póliza.

Trasplantes de células madre. El trasplante de células madre es costoso y puede que no esté totalmente cubierto por el seguro médico. Además del costo del tratamiento, los pacientes pueden tener gastos considerables de transporte, alojamiento, comidas, llamadas telefónicas, cuidado infantil, pruebas

médicas necesarias para el donante y atención de seguimiento. Puede que los pacientes y sus cuidadores necesiten usar múltiples estrategias para obtener fondos suficientes para cubrir estos costos.

Algunas de las organizaciones que aparecen en la sección titulada *Otras organizaciones* (a partir de la página 37) ofrecen información, asistencia económica y servicios de apoyo y defensa a los pacientes, tanto los candidatos a trasplantes como los receptores, y sus familias. La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma también mantiene un directorio de recursos que ofrece listas de organizaciones que podrían ser útiles para los pacientes que reciben trasplantes de células madre. Para obtener más información, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Para informarse sobre cómo se aplicarían estas y otras reformas de la atención médica en su caso, visite www.cuidadodesalud.gov.

Adultos jóvenes. Los adultos jóvenes con diagnóstico de cáncer tienen preocupaciones diferentes a las de otros pacientes. Los pacientes jóvenes tal vez deban tomar decisiones difíciles, ya sea que asistan a la secundaria, universidad o vivan solos. Es posible que vivan lejos de sus familiares. Puede que los adultos jóvenes no tengan seguro médico o estén preocupados acerca de mantener su cobertura. Las siguientes sugerencias pueden ser de ayuda:

- Si un plan de seguro familiar cubre a dependientes, la ACA permite a los adultos jóvenes permanecer en el plan de seguro de sus padres hasta que cumplan 26 años de edad. Para obtener más información, comuníquese con su compañía de seguros o visite www.cuidadodesalud.gov.
- La cobertura para tratamientos de fertilidad varía de estado a estado. Compruebe la información sobre la cobertura de servicios de fertilidad en su estado. Para obtener más información, consulte la publicación gratuita de LLS titulada *Información sobre la fertilidad* y vea la sección titulada *Otras organizaciones* en la página 37 de esta publicación.
- La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma cuenta con programas dirigidos a los pacientes adultos jóvenes. Visite www.LLS.org/YoungAdults (en inglés) para tener acceso a recursos y programas relacionados con el empleo, la supervivencia, los seguros, el manejo del cáncer y otros temas importantes. Para tener acceso a recursos adicionales, visite www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Tipos de planes de seguro médico

Planes privados. Las siguientes descripciones generales de los diferentes tipos de planes y la cobertura que ofrecen podrían no ser exactamente iguales a la descripción de la cobertura conforme a su plan, por lo que siempre debe consultar la información sobre la cobertura de su propio plan.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés). Se trata de una red de proveedores (médicos, hospitales y clínicas) que ofrecen costos reducidos por los servicios médicos a los miembros de los planes. En un plan de una organización para el mantenimiento de la salud:

- Los miembros del plan eligen un médico de atención primaria (de cabecera) que supervisa las necesidades del paciente.
- El acceso a un especialista a menudo exige que los miembros del plan obtengan una remisión de parte del médico de atención primaria.
- Es posible que los pacientes necesiten obtener una precertificación antes de hospitalización que no es causada por una emergencia y de algunos tipos de atención ofrecidos por especialistas.
- Podría exigirse que los pacientes que reciban atención en casos de emergencias se lo informen a la organización en el período de 24 horas después de haber recibido el servicio.

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

- Los miembros tal vez necesiten pagar un monto de copago estándar por una consulta.
- Los miembros pueden optar entre un proveedor dentro o fuera de la red en lugar de limitarse a proveedores designados.
- El miembro puede consultar con un especialista dentro de la red o fuera de la red sin la necesidad de obtener una remisión por parte de su médico de atención primaria. Un especialista dentro de la red es generalmente la opción menos costosa.

- Si un miembro consulta con un especialista fuera de la red, podría tener que pagar toda la factura al médico y luego enviar una reclamación de reembolso.
- Los pacientes que consultan con un médico fuera de la red podrían tener que pagar un deducible separado, o la diferencia entre el precio que cobra un médico dentro de la red y el que cobra un médico fuera de la red; a esto se le denomina “facturación del saldo”.
- Los miembros podrían tener que obtener una precertificación (a veces denominada “preautorización”) para algunos tipos de atención, especialmente si el centro o el médico están fuera de la red. Puede que algunos tipos de servicios no estén cubiertos.

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

- Los miembros tal vez no necesiten una remisión para consultar con un especialista, pero deben seleccionar a los proveedores de una lista limitada.
- Si un miembro del plan consulta con un médico fuera de la red, podría tener que pagar entre el 20 y el 100 por ciento de los costos.
- En el caso de los pacientes que necesitan varios especialistas distintos, el plan podría resultar complicado.

Punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés). Los planes de punto de servicio combinan las características de los planes de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y de las organizaciones de proveedores preferidos (PPO). En un plan de punto de servicio:

- Los miembros del plan pueden elegir el tipo de red de proveedores que más les convenga según sus necesidades, cada vez que necesiten obtener atención médica.
- Los participantes del plan pueden designar a un proveedor dentro de la red para que sea su médico de atención primaria.
- Por cualquier problema médico, los miembros

del plan suelen consultar primero con el médico de atención primaria que seleccionaron. Si es necesario, se remite al miembro para que consulte con un especialista.

- Los miembros de los planes de punto de servicio tal vez necesiten obtener una remisión médica para consultar con un especialista.
- Los miembros pueden consultar con un proveedor autorizado fuera de la red y aun así recibir cobertura, aunque esto por lo general sería más costoso.

Pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés).

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

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

Cuentas de gastos flexibles y cuentas de ahorros para gastos médicos (FSA y HSA respectivamente, por sus siglas en inglés).

Estas son cuentas especiales que permiten a las personas separar una cantidad de dinero no gravado (antes de impuestos) y usarlo para pagar sus gastos médicos. Muchos empleadores ofrecen opciones para estos tipos de cuentas a los empleados inscritos en planes de seguro médico privados. Esto le otorga al participante la oportunidad de prepararse para pagar gastos médicos específicos y acumular beneficios tributarios.

Al inicio del año del plan de atención médica, los participantes pueden depositar dinero en una cuenta de gastos flexibles y usarlo más adelante para pagar los gastos médicos previstos de su bolsillo. Los fondos de la cuenta de gastos flexibles deben usarse antes de que termine el año calendario. Sin embargo, los empleadores pueden ofrecer una de dos opciones, la de transferir hasta \$500 al año siguiente o la de una extensión de 3 meses, para que

los empleados pueden usar los fondos restantes. Comuníquese con su empleador para enterarse de los reglamentos específicos de la cuenta de gastos flexibles.

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

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

La continuación del seguro médico a través de COBRA:

- Es una ley federal
- Exige que las empresas, con 20 empleados o más, ofrezcan cobertura médica ininterrumpida a los empleados y sus dependientes cubiertos durante un período de 18 a 36 meses
- Exige que las personas paguen toda la prima (incluso la parte que el empleador pagaba previamente en su nombre) y un 2 por ciento en concepto de gastos administrativos
- Tal vez no sea la opción más económica, pero proporcionará continuación de la cobertura

Es posible que haya opciones menos costosas disponibles a través de los planes que se encuentran en el Mercado de Seguros Médicos de su estado. Sin embargo, la calidad de la cobertura puede ser distinta. Los empleadores de empresas pequeñas no

están obligados a ofrecer la cobertura de COBRA. Sin embargo, muchos estados tienen una versión estatal de la ley COBRA que aborda la cobertura de empleados que se exige a las pequeñas empresas. Para obtener más información sobre las opciones que se ofrecen en su estado, hay una tabla con un resumen de las leyes estatales en <http://triagecancer.org/statelaws> (en inglés).

Los sobrevivientes de cáncer que no reúnen los requisitos para recibir cobertura a través de COBRA, y/o aquellos que estén buscando trabajo, tal vez deseen considerar buscar empleo en una empresa más grande que ofrezca un plan de seguro médico como beneficio laboral.

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

La ACA ofrece a los estados la opción de ampliar sus programas de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos de hasta el 138 por ciento del nivel federal de pobreza (en 2018, \$12,140 por año para una persona individual o \$25,100 por año para una familia de 4 personas). Solo algunos estados han elegido ampliar sus programas de Medicaid. Para obtener más información sobre Medicaid, visite www.cuidadodesalud.gov o www.Medicaid.gov (en inglés).

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

Medicare. Medicare ofrece cobertura de seguro médico para personas de 65 años de edad en adelante, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades (según las definiciones de la Administración del Seguro Social) y todas las personas con enfermedad renal en fase terminal que necesiten diálisis. Medicare NO cubre algunos servicios, tales como la atención a largo plazo, la

mayor parte de la atención dental, exámenes oculares relacionados con lentes recetados, dentaduras postizas, cirugía estética, acupuntura, audífonos y cuidados rutinarios del pie. Es posible que estos servicios estén cubiertos por algunos planes de Medicare Advantage (Parte C) o Medigap. Para obtener más información, llame al (800) 633-4227 o visite <https://es.medicare.gov>.

Medicare ofrece cobertura médica básica y se divide en las siguientes partes o beneficios:

- La **Parte A** (seguro hospitalario) ayuda a pagar la atención a pacientes hospitalizados, algunos servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada, atención en un hospital psiquiátrico y atención paliativa para pacientes terminales (“hospice care”, en inglés).
- La **Parte B** (seguro médico) ayuda a pagar los servicios médicos, consultas médicas, análisis de laboratorio, terapia para pacientes ambulatorios y otros servicios profesionales, así como algunos servicios preventivos.
- La **Parte C** (plan Medicare Advantage) es similar a los planes privados (vea la sección titulada *Tipos de planes de seguro médico* en la página 8). Además:
 - Está aprobado por Medicare y es administrado por compañías privadas que le proporcionarán toda la cobertura de las partes A y B.
 - Generalmente incluye la cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D).
 - Puede ofrecer cobertura adicional, por ejemplo, cobertura de servicios oftalmológicos, auditivos y dentales y/o programas de salud y bienestar.
 - Debe cumplir con las reglas establecidas por Medicare.
 - Puede estipular diferentes cargos que el beneficiario debe pagar de su propio bolsillo y tener diferentes reglas en cuanto a cómo acceder a los servicios (por ejemplo, si se necesita una remisión médica para consultar con un especialista o si el asegurado puede acudir únicamente a ciertos médicos, centros o proveedores afiliados al plan para sus necesidades de atención médica que no sean para una emergencia ni constituyan atención de urgencia).
 - Las reglas de los planes individuales pueden cambiar cada año y lo hacen.

- La **Parte D** (cobertura de medicamentos recetados):
 - Ofrece cobertura tanto para medicamentos recetados de marca comercial como genéricos.
 - Los pacientes pueden elegir e inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) o en el plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés).
 - Se les cobra a los pacientes una prima mensual que varía según el plan y deben pagar un deducible anual.
 - Se aplican coseguros o copagos.
 - Para los beneficiarios con bajos ingresos y recursos limitados, se dispone de asistencia para pagar las primas (y también los deducibles y los copagos) correspondientes a los beneficios de medicamentos. Se puede obtener más información sobre este programa de ayuda para personas con necesidades económicas (denominado Extra Help) en www.cms.gov/limitedincomeandresources (en inglés).
 - Se está eliminando un aspecto de Medicare que limita la cobertura de medicamentos de manera que los pacientes tienen que pagar ciertos gastos de su propio bolsillo (este intervalo sin cobertura se denomina a veces agujero de rosquilla o “donut hole”, en inglés). La ACA reducirá gradualmente el monto que los pacientes pagan por todos sus medicamentos recetados una vez que alcancen el intervalo sin cobertura. Está previsto que el intervalo sin cobertura sea eliminado para el 2019.

Beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).

Los beneficios para veteranos incluyen servicios de atención médica integral y otros beneficios para veteranos y dependientes de los miembros activos del servicio militar, así como para los dependientes de miembros jubilados o fallecidos. TRICARE® es el programa de atención médica que atiende a los miembros activos y jubilados del servicio militar y sus familias. Para obtener información acerca de TRICARE, visite www.tricare.mil (en inglés). Los veteranos de guerra que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam o Corea tal vez puedan obtener ayuda del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, si tienen

un diagnóstico que dicha agencia gubernamental reconozca como asociado al agente naranja. Para obtener más información, llame al Departamento de Asuntos de los Veteranos al (800) 749-8387 o visite www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange (en inglés). Para obtener información general acerca de este departamento gubernamental, llame al (800) 827-1000 o visite www.va.gov (en inglés).

Cobertura de fondos comunes de alto riesgo. Las personas con cáncer también pueden comunicarse con el departamento estatal de seguros en su estado para averiguar si tiene un plan de fondo común de alto riesgo (“high-risk pool”, en inglés), un programa que ofrece cobertura médica a personas con afecciones médicas preexistentes. Estos programas suelen tener requisitos estrictos y pueden ser más caros que otros planes de salud. Algunos estados están suspendiendo la cobertura de fondos comunes de alto riesgo debido a las opciones nuevas de seguros médicos creadas por la ACA.

Opciones de seguros por discapacidad

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

Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés). Esta opción es un programa de reemplazo de los ingresos para las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad. Para obtener más información, llame al (800) 772-1213 o visite www.ssa.gov/espanol.

Provisiones compasivas. La Administración del Seguro Social ofrece un proceso de solicitud expeditivo a los solicitantes que tienen ciertas afecciones médicas serias y que cumplen los criterios de discapacidad de la Administración del Seguro Social. Esta agencia gubernamental ha identificado

una lista de estas enfermedades y afecciones médicas. En esta lista se incluyen varios tipos de cáncer de la sangre, entre ellos, la leucemia aguda, el linfoma no Hodgkin en adultos y el linfoma en niños. Para obtener más información, visite www.ssa.gov/compassionateallowances (en inglés) o llame al (800) 772-1213.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). Esta opción es un programa que ofrece un subsidio mensual a las personas con bajos ingresos que están discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Para obtener más información, llame al (800) 772-1213 o visite www.ssa.gov/espanol.

Cómo mantenerse organizado

Cuando obtenga una póliza de seguro médico, debe revisar el plan de seguro y verificar la información personal de todas las personas cubiertas por el plan.

Los titulares de las pólizas deberían:

- Leer la página de declaraciones (a menudo es la primera página de la póliza) y evaluar la información.
- Revisar el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) y subrayar cualquier exclusión o límite de cobertura.
- Asegurarse de no pasar por alto ningún aditamento (cláusula adicional) ni formulario de endoso. Estas son páginas adicionales de la póliza que se desarrollan como actualizaciones del plan inicial y describen cambios de los beneficios del plan que pueden afectar la cobertura médica.

Hay algunas medidas preventivas que los pacientes y sus familiares pueden tomar para aprovechar al máximo la cobertura de su seguro.

- 1. No tenga miedo de hacer preguntas.** Uno nunca sabe quién podría ayudarlo y cómo podría hacerlo.
 - Mantenga buenas relaciones con su médico, enfermero, trabajador social, la persona responsable de facturación en el centro médico y otras personas con quienes interactúa en sus citas de tratamiento. Si tiene un problema con una reclamación al seguro, algunas de estas personas tal vez puedan ayudarlo y abogar por sus derechos.

- Cuestione todos los gastos que la compañía de seguros no pague. No suponga que tiene que pagar por todos los gastos del tratamiento o que todos los cargos son correctos.
- 2. Sea proactivo y manténgase informado.** Pague las primas a tiempo y en su totalidad para evitar una interrupción o cancelación de la cobertura. Revise las pólizas del plan de salud con frecuencia para determinar qué servicios y medicamentos están cubiertos.
 - 3. Pida que su compañía de seguros le asigne un coordinador de casos.** Esta persona será el contacto directo para el paciente y sus familiares, la persona que responderá a sus preguntas acerca de las reclamaciones o la póliza. Si necesita recibir muchos tratamientos médicos, es útil contar con un coordinador de casos de la compañía de seguros para que usted hable siempre con la misma persona. También puede averiguar si su empleador tiene un asesor de beneficios o un representante de empleados que pueda ayudarlo, o usted mismo puede llamar a organizaciones, como la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, para pedir información y ayuda.
 - 4. Cree un sistema de archivo que funcione para usted.** Esto le permitirá encontrar información rápida y fácilmente. Guarde copias de todas las reclamaciones y trámites correspondientes en una carpeta organizada por categorías (cartas de necesidad médica, facturas, recibos, solicitudes de licencia por enfermedad, etc.). Lleve también un registro escrito de cualquier conversación telefónica que tenga con los aseguradores, que incluya el nombre de la persona con la que habló, un resumen de la conversación y la fecha.
 - 5. Emplee la tecnología como una herramienta de organización.** Algunas personas prefieren emplear una computadora o un teléfono inteligente para llevar un registro de la información importante. Usted puede crear una hoja electrónica para hacer una lista de datos tales como el nombre de su médico, el monto (o los montos) pagado(s), el estado de las reclamaciones al seguro, los números de autorización y cualquier otra información relevante. Un número cada vez mayor de sitios web y aplicaciones de teléfonos inteligentes ofrecen herramientas para ayudar a las personas a evaluar sus opciones y orientarse en el sistema de atención médica.

- 6. Planifique de antemano.** Asegúrese de cumplir con las reglas de la compañía de seguros, por ejemplo, si debe llamar a un número de llamada gratuita antes de ir al hospital. También puede:
 - Verificar si es necesario obtener una preautorización o precertificación para recibir un procedimiento o tratamiento.
 - Acudir a un médico o centro médico dentro de la red de su plan, cuando sea posible, para evitar incurrir en gastos innecesarios de su propio bolsillo.
- 7. Conozca sus derechos.** Ciertas leyes tienen como objetivo proteger a los pacientes y proporcionar una continuación de la cobertura médica, por ejemplo, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, la Ley de Ausencia Familiar y Médica y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ACA, COBRA, FMLA y ADA respectivamente, por sus siglas en inglés).
- 8. Lleve un registro de todos los gastos médicos que no han sido reembolsados.** Esto podría incluir las fechas de cada servicio, el monto pagado y el nombre del médico que prestó el servicio. Es posible que pueda declarar los gastos que no fueron reembolsados por el seguro cuando presente su declaración de impuestos.

Explicación de beneficios y denegación de cobertura de seguro médico

Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Generalmente, después de que una persona recibe atención médica, el proveedor envía una factura o reclamación a la compañía de seguros. La compañía de seguros se encarga de la reclamación y envía al paciente una explicación de beneficios. Este documento es un resumen de los servicios que el paciente recibió, la suma que el proveedor facturó a la compañía de seguros y la suma que la compañía de seguros pagó. No es una factura. Si el paciente tiene que pagar una parte de los costos restantes que no están cubiertos por el plan de seguro, el proveedor de servicios le enviará una factura independiente. Si el plan de seguro le debe dinero, usted recibirá un reembolso. La explicación de beneficios también puede incluir el monto que el paciente ha pagado y que se aplica al monto

de su deducible. La mayoría de los formularios de explicación de beneficios empiezan identificando la información específica del paciente y del plan de seguro, así como una lista de los servicios recibidos. Si alguna parte de esta información es incorrecta, es importante que el paciente se comunique con su plan al respecto.

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

- 1 Oficina de tramitación de reclamaciones:** es la ubicación de la oficina de tramitación de reclamaciones. Puede escribir al servicio de atención al cliente a esta dirección.
- 2 Información del servicio de atención al cliente:** es el número del servicio de atención al cliente al cual puede llamar para hacer preguntas sobre su reclamación.
- 3 Número de la reclamación:** es el número único de identificación asignado a esta reclamación. Haga referencia a este número cuando llame o escriba a la compañía con respecto a esta reclamación.
- 4 Nombre del grupo:** es el nombre de su grupo (por lo general, es el de su empleador).
- 5 Número del grupo:** es el número de identificación de su grupo. Haga referencia a este número cuando llame o escriba a la compañía con respecto a su reclamación.
- 6 Información del miembro:** esto podría incluir el nombre, número de seguro social, número de identificación del paciente u otro número de identificación.
- 7 Proveedor:** es el nombre de la persona o la organización que presta el servicio o provee los suministros médicos.
- 8 Fechas de servicio:** es la fecha (o las fechas) en la(s) que se prestaron los servicios.
- 9 Código de procedimiento:** se trata de los códigos correspondientes a la terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT, en inglés) enumerados en la factura del proveedor.
- 10 Monto facturado:** es el monto que el proveedor factura por los servicios.

Formulario de explicación de beneficios. En la página opuesta, hay una muestra de una explicación de beneficios (en inglés). Cada plan de seguro tiene una manera distinta de suministrar información en una explicación de beneficios. Si usted no entiende el contenido del documento, llame a la compañía de seguros y hable con un representante. Los números a continuación, de color azul, corresponden a los números que se encuentran en la muestra de la explicación de beneficios (en la página 15).

- 11 Monto permitido (cubierto):** es el monto que su plan de seguro pagará al proveedor.
- 12 Gastos no cubiertos:** son los cargos que no reúnen los requisitos de los beneficios conforme al plan.
- 13 Código de comentario (RMK, en inglés):** es el código relacionado con el monto correspondiente a los “gastos no cubiertos”. También se emplea para solicitar más información o proporcionar más explicaciones en cuanto al monto de la reclamación. Puede tener un nombre distinto en otros formularios de explicación de beneficios.
- 14 Monto deducible:** es el monto de los gastos permitidos que se aplica al deducible de su plan y que debe pagarse antes de que empiece el pago de los beneficios.
- 15 Monto del coseguro:** el miembro paga de su bolsillo una parte específica del costo de los gastos de atención médica cubiertos, con base en la póliza de su plan de salud. En este ejemplo se muestra lo que un paciente pagaría con un plan 80/20.
- 16 Responsabilidad del paciente:** es el monto que debe el paciente o el miembro del plan de seguro, después de que el asegurador ha pagado todo lo demás.
- 17 Descripción del código de comentario:** es una nota del administrador del plan de seguro en la cual se ofrece más explicación sobre los costos, los gastos y los montos pagados por su consulta.
- 18 Pago enviado a:** es la persona u organización a la cual se le pagan los beneficios.
- 19 Estado del plan:** es la situación con respecto a los deducibles o gastos de su bolsillo correspondientes al año actual.

Una explicación de beneficios no es una factura. Por lo tanto, no se deben realizar pagos con base en la información que se encuentra en ese documento. El hospital o el proveedor facturará al paciente si es que hay un saldo pendiente.

1 HealthSmart Benefit Solutions
PO Box 93670
Lubbock, TX 79493-3670

Forwarding Service Requested

*****SNGLP 630
16 1 SP 0.460
JANE SAMPLE
123 MAIN STREET
HOMETOWN, IA 50701

Your cooperation is needed to stop fraud!
If these services were not rendered, please contact HealthSmart immediately at the number above.

Explanation of Benefits
RETAIN FOR TAX PURPOSES
THIS IS NOT A BILL

2 Customer Service
Questions for Customer Service, please call 866-555-7326 between the hours of 8:00 am – 6:00 pm CST
Or visit us at www.healthsmart.com

Participant Information
4 Group: BETTER LIVING WITH FLOWERS
5 Group No.: 2999999
Location No.: 004
Location: HH
6 Enrollee: Jane Sample
Enrollee ID: ***-**-9999
Plan No.: 04021
Paid Date: 22/02/2018

3 Claim #: 91239999-01 **7 Patient#:** 99123567
Patient: JANE SAMPLE **Provider:** MIDDLE IOWA REGIONAL MEDICAL CTR

8 Dates of Service	9 Procedure Code	10 Amount Billed	11 Allowed Amount	12 Not Covered	13 Rmk Code	14 Deductible Amount	15 Co-Insurance Amount	Benefits Approved	
01/18-01/18/2018	87086	\$37.01	\$0.00	\$37.01	N130	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
01/18-01/18/2018	87186	\$84.00	\$14.55	\$0.00		\$0.00	\$2.91	\$11.64	
01/18-01/18/2018	87088	\$34.99	\$13.62	\$0.00		\$0.00	\$2.72	\$10.90	
Claim Totals		\$156.00	\$28.17	\$37.01		\$0.00	\$5.63	\$22.54	
16 Patient's Responsibility: \$42.64								Other Credits or Adjustments	\$0.00
								Total Payment	\$22.54

17 Remark Code Description

18 Paid To	Check No.	Amount
N130 This service/equipment/drug is not covered under the patient's current benefit plan.	MIDDLE IOWA REGIONAL MED CTR	00011234 \$22.54

19 Plan Status
\$500.00 of \$500.00 Individual Deductible has been met for 2018
\$1,078.00 of your \$1,500.00 Family Deductible has been met for 2018
\$730.00 of your \$1,500.00 Individual Out-of-Pocket has been met for 2018
\$1,800.00 of your \$3,000.00 Family Out-of-Pocket has been met for 2018

Denegación de cobertura de seguro

médico. Si una compañía de seguros deniega la cobertura de un tratamiento, procedimiento médico o medicamento recetado recomendado, es posible que el paciente pueda hacer que la decisión se anule al presentar una apelación. Antes de presentar una apelación, tal vez quiera comunicarse con su asegurador para averiguar por qué se denegó el pago. La razón podría ser un error, por ejemplo, un error de codificación. Vea la planilla titulada **Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico** en la página 31.

Sin embargo, si el pago se denegó por otra razón (por ejemplo, porque el asegurador no considera que el tratamiento fue necesario por razones médicas), entonces usted puede apelar la decisión. Presentar todos los trámites requeridos y los documentos clave dentro de los plazos establecidos es importante para mejorar la probabilidad de una apelación exitosa. Los pacientes o sus defensores deben mantener un registro de:

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

A partir de los años de los planes de atención médica que se iniciaron después del 1 de julio de 2011, a las compañías de seguros que deniegan el pago de un tratamiento o servicio se les exige que realicen apelaciones internas a pedido del paciente dentro de los siguientes plazos específicos:

- 72 horas después de recibir una apelación por servicios de atención médica de urgencia
- 30 días por servicios de atención que no es urgente y que el paciente aún no ha recibido
- 60 días por servicios que el paciente ya ha recibido

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

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

1. ¿Puede enviarme una copia de la carta de denegación?
2. ¿Cuál es el motivo específico de la denegación de la reclamación al seguro? (Esta información debería incluirse en la carta de denegación).
3. ¿Puedo obtener por Internet una copia actualizada del documento del plan y del resumen de beneficios y cobertura del plan (SBC, por sus siglas en inglés)? Si no, ¿cómo puedo obtener una copia de esa información? ¿Puede enviármela por correo postal?
4. ¿Con quién puedo comunicarme en la compañía de seguros para hablar sobre la denegación? ¿Puede darme el número de teléfono directo de esa persona?
5. ¿Cómo puedo solicitar una revisión médica externa de la decisión? (Una revisión médica externa ofrece la posibilidad de que el médico del paciente analice el tratamiento del paciente en detalle con otros médicos que usualmente están dentro de la misma área geográfica y ejercen la misma especialidad médica).
6. ¿Podré hablar con alguna otra persona si tengo preguntas sobre el proceso de apelación?
7. Si un medicamento en particular no figura en la lista de medicamentos cubiertos por el plan de medicamentos recetados (lo que se llama "formulary", en inglés), ¿existe un proceso por el cual se pueda solicitar una excepción? ¿Mi médico puede obtener la aprobación presentando una carta que explique la necesidad médica del medicamento en mi caso?

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

- Una revisión interna de parte del asegurador (primer nivel).

- Una segunda apelación (segundo nivel) al asegurador, si la primera es denegada. Esa apelación será realizada por personas que no participaron en la primera apelación.
- Si esa apelación también es denegada, se realiza una tercera apelación (apelación externa, tercer nivel) a una organización externa independiente. Para empezar este tipo de apelación, puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en su estado, que podría remitirlo a una organización independiente que puede administrar este nivel de apelación. Usted también puede optar por obtener ayuda de un trabajador social o un abogado.

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

Para obtener más información y recursos con respecto al proceso de apelación a una compañía de seguros, visite el sitio web de la Fundación del Defensor del Paciente en www.patientadvocate.org (en inglés, pero incluye una opción de traducción computarizada donde dice “Language”, en la parte superior derecha de la página).

Asistencia económica

Puede obtener asistencia económica para sus gastos relacionados con el tratamiento de varias maneras. Algunas organizaciones también pueden ayudarlo con los costos de transporte, de vivienda o de medicamentos recetados. Use la planilla titulada **Registro de la asistencia económica** en la página 33 para mantener organizada esta información. Es importante trabajar en colaboración estrecha con el departamento de servicios financieros de su centro de tratamiento para obtener el máximo reembolso posible de la compañía de seguros.

Las siguientes estrategias lo ayudarán a obtener la autorización de los fondos para el pago de sus gastos de tratamiento:

- Negocie con los profesionales médicos para reducir o exonerar los honorarios médicos o ajustar el esquema de los pagos en casos de dificultades económicas.
- Solicite subsidios y ayuda económica de empleadores, sindicatos, agencias de servicio comunitario, grupos religiosos y fraternales u organizaciones que ofrecen apoyo a pacientes con cáncer, tales como LLS.
- Forme un comité de voluntarios para realizar eventos de recaudación de fondos, ventas, rifas, colectas de donaciones o campañas de redacción de cartas y publicitarias.
- Liquide los beneficios de sus pólizas de seguro de vida a través de préstamos, contratos de viáticos (“viatical settlements”, en inglés, que consisten en vender una póliza de seguro de vida con descuento a alguien que obtendrá el valor nominal cuando muera el titular de la póliza) o beneficios acelerados, que pueden proveer desembolsos de dinero a titulares de pólizas que tienen enfermedades graves. Asegúrese de consultar sobre este tipo de estrategia con un asesor financiero antes de implementarla.
- Emplee herramientas en línea y de las redes sociales. Tal vez quiera organizar una campaña de recaudación de fondos a través de sitios web como www.youcaring.com o www.gofundme.com (estos sitios web están en inglés). Tenga en cuenta que el uso de estas opciones podría ocasionar la pérdida de la asistencia pública, así como otros asuntos problemáticos.

Recursos de asistencia económica de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma. LLS tiene recursos para los pacientes que necesitan ayuda económica.

- A los pacientes con ciertos diagnósticos de cáncer de la sangre que reúnen los requisitos, el Programa de Asistencia para Copagos de LLS ayuda a pagar los copagos del tratamiento y otros gastos relacionados con el seguro médico. Para obtener más información, llame al (877) 557-2672 o visite www.LLS.org/copagos para presentar una solicitud (el portal de solicitud está en inglés).
- Los Especialistas en Información de LLS ofrecen información sobre otros tipos de programas de asistencia económica para gastos aparte de los copagos. Para comunicarse con nuestros

Especialistas en Información, llame al (800) 955-4572. Puede obtener más información acerca de los aspectos financieros de la atención médica en www.LLS.org/asuntos-financieros.

- La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma forma parte de la Coalición de Asistencia Económica para Pacientes con Cáncer (C-FAC, por sus siglas en inglés) que promueve la comunicación y colaboración entre sus organizaciones miembros, las cuales se han aliado para abordar las necesidades de los pacientes con cáncer. Este grupo ofrece educación a los pacientes y proveedores acerca de los recursos, y aboga por los derechos de los pacientes con cáncer que enfrentan las cargas financieras de la atención médica para el cáncer. Para utilizar este recurso, visite www.cancerfac.org (en inglés).

Ayuda con los medicamentos recetados. Los planes de seguro médico tal vez no cubran el costo total de la atención médica para el cáncer, pero hay varios recursos para las personas que necesitan obtener asistencia con el pago de los medicamentos recetados.

Los pacientes que tienen planes de medicamentos recetados a veces descubren que la lista de medicamentos cubiertos por su plan no incluye algunos medicamentos que necesitan. Este listado (denominado “formulary”, en inglés):

- Enumera los medicamentos recetados que han sido aprobados por un gobierno estatal, plan de salud u hospital.
- Típicamente incluye procesos que permiten el acceso a medicamentos que no aparecen en dicha lista cuando se documentan como necesarios por razones médicas. El patrocinador del plan debe tener un proceso de excepciones para estas situaciones, y las negaciones de las excepciones deben someterse a un proceso de apelación (vea la sección titulada *Denegación de cobertura de seguro médico* en la página 16).

Las personas que no tienen un seguro adecuado que cubra el costo de los medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer tal vez deseen explorar las siguientes opciones:

- Los grandes fabricantes farmacéuticos ofrecen ayuda económica a los pacientes o programas de asistencia para los medicamentos recetados. Tanto los pacientes con seguro médico como los que no lo tienen tal vez puedan recibir medicamentos a costo reducido o sin costo de estas compañías farmacéuticas. Comuníquese con la organización RxAssist por medio del sitio web en www.rxassist.org (en inglés) para obtener una lista actualizada de los programas de asistencia con los medicamentos recetados para pacientes. También puede comunicarse con la organización Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (PPA, por sus siglas en inglés) mediante www.pparx.org/es para hallar un programa de asistencia con los medicamentos recetados que satisfaga sus necesidades.
- La Asociación Nacional de Condados (NACo, en inglés) ofrece información sobre las maneras de reducir los costos de los medicamentos en su sitio web en www.naco.org (en inglés; haga clic en “Cost Saving Tools” en la pestaña “Resources”). Muchos otros programas estatales también ofrecen información sobre las maneras de reducir los costos de los medicamentos.
- Los programas y las fundaciones de asistencia para copagos ayudan a pagar las obligaciones de copago de los medicamentos recetados o las primas de los planes de seguro.

Comuníquese con nuestros Especialistas en Información, al (800) 955-4572, para obtener información acerca del Programa de Asistencia para Copagos de LLS u otros programas de asistencia para copagos.

Protecciones federales de empleo

Estos programas pueden brindar asistencia a los pacientes que reúnen los requisitos, y a sus familias y cuidadores, en cuanto a las ausencias autorizadas del trabajo y las acomodaciones razonables que puedan ser necesarios en el lugar de trabajo. (Nota: los empleados federales que reúnen los requisitos tienen acceso a protecciones similares según la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas).

Conforme a la ley, nadie está obligado a revelar que tiene un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, si una persona trata de obtener la protección de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 o de la Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (ADA y FMLA respectivamente, por sus siglas en inglés), los empleadores podrían necesitar cierta información acerca de la afección médica de la persona para poder certificar que él o ella reúne los requisitos para acceder a esas protecciones.

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

Esta es una extensa ley federal de derechos civiles que prohíbe la discriminación por razones de discapacidad.

Esta ley garantiza la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades en cuanto a:

- Empleo
- Acomodaciones en establecimientos públicos
- Transporte
- Servicios gubernamentales estatales y locales
- Telecomunicaciones

La ADA define como discapacidad:

- Un impedimento físico o mental que limite considerablemente una o más actividades importantes de la vida (p. ej., respirar, hablar, concentrarse, pensar, dormir o las principales funciones corporales)
- Tener un registro oficial de dicho impedimento
- El hecho de que otros consideren que la persona tiene un impedimento

Para obtener más información acerca de la ADA, visite www.eeoc.gov/laws/types/disability.cfm (en inglés) o llame al (800) 669-4000 (se ofrece información en español en www.eeoc.gov/spanish). Las personas con discapacidades también pueden estar protegidas por las leyes estatales antidiscriminación, que en algunos casos ofrecen mayor protección que las leyes federales. Para obtener más información sobre los derechos conforme a las leyes estatales, consulte la página web del Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) en www.dol.gov/dol/location.htm, o la de Triage Cancer en www.triagecancer.org/statelaws para acceder a

una tabla de las leyes estatales (ambas páginas están en inglés). Para obtener más información sobre las acomodaciones razonables, llame a la organización Red de Acomodación en el Empleo (JAN, por sus siglas en inglés) al (800) 526-7234, o visite su sitio web en www.askjan.org (el sitio web está en inglés, pero se ofrece información en español en <https://askjan.org/espanol/Preguntas-Frecuentes.cfm>).

Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés).

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

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

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

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

Existen tres tipos de licencia conforme a la FMLA:

- Licencia continua, en la cual un empleado se ausenta durante más de 3 días laborales consecutivos y ha recibido tratamiento por parte de un médico.
- Licencia intermitente, en la cual un empleado se ausenta por períodos más cortos debido a una afección grave de salud que reúne los requisitos de la FMLA. La licencia intermitente (que puede consistir en incrementos de horas, días o semanas) a menudo se utiliza cuando el empleado necesita recibir tratamiento o acudir a consultas de seguimiento en forma continua para su afección.
- Horario reducido, en el cual un empleado necesita reducir la cantidad de horas que trabaja por día o por semana, a menudo para cuidar de un familiar o para reducir su nivel de fatiga o estrés.

Para acceder a más información sobre este programa, llame al (866) 487-9243 o visite la página web del Departamento de Trabajo en www.dol.gov/whd/fmla (la página está en inglés, pero se ofrecen información y publicaciones en español en <https://www.dol.gov/general/topic/spanish-speakingtopic>).

Nuestros Especialistas en Información pueden proporcionar a los pacientes más información acerca de estos programas y recomendarles organizaciones apropiadas para obtener más asistencia. Para consultar otras organizaciones que puedan ser de ayuda, visite la página web de LLS en www.LLS.org/resourcedirectory (en inglés).

Defensa de derechos

Abogar por sus derechos o los de un ser querido con cáncer es algo importante. La defensa de derechos implica hablar y/o escribir en apoyo de una causa. Puede que le interese abogar por políticas que puedan proporcionar más beneficios y protecciones a las personas con cáncer, o tal vez quiera apoyar políticas que promuevan un progreso más rápido con el fin de descubrir curas del cáncer de la sangre. Para obtener más información sobre las maneras en que puede abogar por cambios en las políticas a nivel estatal y federal, comuníquese con el programa de

defensa de derechos de LLS escribiendo un correo electrónico a advocacy@LLS.org o visite www.LLS.org/advocacy (en inglés).

Hable sobre los asuntos económicos y del

seguro. Hable con los miembros del equipo de profesionales médicos encargados de su atención sobre la cobertura de su seguro en cuanto a todas las pruebas, tratamientos y procedimientos que necesita. Hable con ellos sobre toda inquietud que pudiera tener en cuanto a su capacidad para pagar cualquier gasto relacionado con su atención que haya que pagar de su propio bolsillo. O bien ellos mismos pueden ayudarlo, o podrían recomendarle recursos que puede consultar para obtener orientación y apoyo adecuados.

Puede que se sienta incómodo al compartir información sobre sus finanzas personales con los miembros del equipo de profesionales médicos. Sin embargo, podría ser necesario que comparta esta información y que haga preguntas, de manera que puedan resolverse sus preocupaciones financieras. Es importante que limite el estrés tanto como sea posible y se asegure de que pueda obtener los tratamientos, medicamentos recetados y servicios de apoyo necesarios. Es probable que sea útil que:

- Hable sobre sus opciones de pago con los miembros del equipo de profesionales médicos o con las personas del departamento de servicios financieros.
- Hable con su médico sobre el costo de cualquier medicamento nuevo que le recete.
- Pregunte cómo encontrar información por Internet sobre programas de asistencia para los medicamentos recetados (vea la sección titulada *Ayuda con los medicamentos recetados* en la página 18)
- Consulte con su compañía de seguros para averiguar si su medicamento está cubierto en su lista de medicamentos aprobados (formulary, en inglés).
- Hable con su médico sobre sus medicamentos. Si los medicamentos que toma no son formulaciones genéricas, pregunte si se dispone de genéricos y, si es así, si estos se le pueden recetar con toda seguridad.

- Pida que revisen la lista de sus medicamentos para averiguar si hay algunos que no son necesarios.
- Pregunte a los miembros del equipo de profesionales médicos sobre la posibilidad de que programen sus tratamientos tomando en cuenta su horario laboral (si usted trabaja y tiene previsto seguir trabajando durante el tratamiento).
- Hable acerca de la decisión de divulgar o no su diagnóstico en el trabajo, especialmente antes de pedirles a los miembros del equipo de profesionales médicos que hagan los trámites en relación con una licencia por razones médicas, acomodación razonable o discapacidad.
- Solicite que lo remitan a un trabajador social, orientador o coordinador de casos.

Hable con un trabajador social o coordinador de casos que pueda:

- Ayudarlo a entender mejor la cobertura del seguro médico
- Ayudarlo a presentar las reclamaciones al seguro
- Recomendarle programas de asistencia
- Ofrecerle orientación sobre cómo presentar todos los trámites requeridos por Medicare o Medicaid
- Ayudarlo a averiguar acerca de organizaciones que pueden brindar asistencia con los gastos de vivienda, por ejemplo, a través de la sección sobre viviendas y comunidades del sitio web del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). Visite su sitio web en www.hud.gov (haga clic en “Información en Español”).

Identifique a la persona que puede ser su defensor. Identifique a alguien (su padre o madre, hijo, amigo, familiar, socio, etc.) que pueda ayudarlo a pagar sus facturas a tiempo, manejar la comunicación y trámites relacionados con la compañía de seguros y gestionar otros asuntos financieros.

Su defensor debería ser una persona organizada y responsable, alguien en quien usted pueda confiar. Un defensor puede ayudarlo a manejar los aspectos económicos de la atención médica y ofrecerle

apoyo emocional. Para obtener más información sobre cómo enfrentarse al cáncer, consulte el librito gratuito de LLS titulado *Cada Día Nuevo: Consejos para sobrellevar el cáncer de la sangre*. Puede obtener esta publicación por Internet en www.LLS.org/materiales, o comuníquese con nuestros Especialistas en Información para recibir una copia por correo.

Cómo obtener la ayuda que necesita

Formas en que pueden ayudar los familiares y amigos. Si tiene familiares y/o amigos confiables y responsables que pueden hacer algunas cosas por usted, pídale ayuda a ellos. Los familiares y amigos pueden:

- Organizar esfuerzos de recaudación de fondos
- Establecer un sistema de registro para dar seguimiento a las facturas y reclamaciones al seguro que han sido presentadas, que están pendientes o que han sido pagadas
- Llamar a agencias públicas y privadas para determinar los requisitos para ser beneficiario de programas de asistencia económica, de subvención gubernamental y otros beneficios y servicios
- Reunir documentos para respaldar las reclamaciones al seguro y las apelaciones en casos de denegaciones, y hacer el seguimiento necesario con la compañía de seguros

Cuidado de dependientes. Puede que necesite iniciar el tratamiento de inmediato. Esto puede ser abrumador y resulta difícil permanecer organizado. Usted tendrá que recordar hacer planes para:

- Conseguir transporte para sus hijos, a la escuela y a las demás actividades
- Conseguir transporte para acudir a las citas de los tratamientos y para regresar de las mismas
- Decidir quién va a preparar las comidas y hacer las compras de comestibles
- Decidir quién va a mantener al tanto a los amigos y familiares acerca del avance del tratamiento
- Decidir quién va a cuidar de sus hijos o padres de edad avanzada

Podría resultarle útil:

- Usar programas por Internet, tales como el sitio web del calendario asistencial en <http://lotsahelpinghands.com> (en inglés), para organizar y programar la ayuda de parte de familiares y amigos
- Hablar con otros pacientes en el centro de tratamiento para obtener ideas sobre cómo manejar las responsabilidades
- Preparar una lista de su red de apoyo, que incluya a amigos, familiares, miembros de la iglesia y voluntarios que puedan ayudarlo regularmente o en casos de emergencia
- Conversar con otras personas en la Comunidad de LLS en www.LLS.org/community o mediante las sesiones de conversación (chats) por Internet de LLS en www.LLS.org/chat (estos servicios y páginas web están en inglés)
- Consultar con agencias locales para identificar formas de brindar apoyo a los demás miembros de su familia
- Llevar un cuaderno para anotar toda la información de contacto de sus médicos y del seguro, las facturas médicas, la información en cuanto a discapacidades, etc.

Es difícil creer que tenga que vivir así por un tiempo. Las siguientes son cosas que podrían ser difíciles de hacer, pero reducirán su estrés.

- Relajar sus estándares, por ejemplo, reconocer que es aceptable:
 - Mantener la casa menos limpia de lo normal
 - Tener menos comidas preparadas en el hogar
 - Esperar menos (o cosas diferentes) de parte de su cónyuge, sus hijos o sus padres
- Mantener a sus dependientes informados acerca de su estado y sus progresos
- Mantener a sus dependientes informados sobre las citas para el tratamiento o las consultas médicas
- Escribir todo en un calendario de pared; cuando todos conocen el horario, hay menos frustración

Formas en que pueden ayudar los

profesionales. El personal de las organizaciones nacionales que brindan apoyo a las personas con cáncer puede ayudar a los pacientes a abogar por sí mismos de manera más eficaz. Puede ofrecer asesoramiento experto en cuanto a cómo:

- Preservar los bienes
- Reducir las deudas
- Tener acceso a recursos comunitarios
- Manejar asuntos de empleo
- Minimizar los problemas del seguro
- Usar recursos legales, siempre y cuando sea necesario

Los Especialistas en Información de LLS pueden ofrecer asesoramiento experto y/o ayudarlo a encontrar otras organizaciones que ofrecen asistencia a los pacientes con cáncer. Para comunicarse con nuestros Especialistas en Información, llame al (800) 955-4572.

Listas de comprobación para los asuntos financieros

Esta sección incluye listas de comprobación que pueden ser útiles al considerar los asuntos financieros que surgen después de haber recibido un diagnóstico de cáncer de la sangre. Utilice estas listas para llevar un registro de las preguntas que quiere hacer al equipo de profesionales médicos encargados de su atención y a los miembros del equipo de profesionales financieros. Mantenerse organizado ayuda a reducir muchos factores de estrés financiero y le permite concentrarse en sentirse mejor. Para obtener más copias de las siguientes planillas, visite www.LLS.org/planillas.

	PARTE 1: Preparación ante los gastos	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	He pensado en los gastos médicos previstos.	
<input type="checkbox"/>	He tomado en cuenta el impacto del tratamiento y la recuperación sobre los ingresos del hogar.	
<input type="checkbox"/>	He tomado en cuenta los gastos adicionales relacionados con el tratamiento y la recuperación, tales como el transporte y el cuidado infantil.	
<input type="checkbox"/>	He pensado en reducir o eliminar los gastos no esenciales.	
<input type="checkbox"/>	He investigado las opciones de seguros por discapacidad, ante la posibilidad de que sean necesarias durante mi tratamiento y recuperación.	
<input type="checkbox"/>	He verificado si tengo seguro para pagos de hipoteca inmobiliaria o de automóvil para ayudar a cubrir los gastos durante un período de enfermedad.	
<input type="checkbox"/>	He evaluado las opciones de préstamos de seguros de vida y otros programas para ayudar a cubrir los gastos.	
<input type="checkbox"/>	Sé que debo hablar con mis acreedores con anticipación si voy a tener dificultades para realizar mis pagos.	
<input type="checkbox"/>	He revisado los beneficios ofrecidos por mi empleador con respecto a las discapacidades, licencias del trabajo y la cobertura de COBRA (y tengo una copia de la información).	
<input type="checkbox"/>	Tengo información sobre mis derechos como empleado.	

	PARTE 2: Organización	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	Cuento con un defensor (uno de mis familiares, un amigo u otra persona de confianza) que me puede ayudar a organizarme y mantenerme organizado.	
<input type="checkbox"/>	Conozco los nombres de mis médicos/enfermeros/trabajadores sociales y sé cómo comunicarme con ellos.	
<input type="checkbox"/>	Guardo y organizo todos mis registros médicos y copias de los resultados de mis pruebas médicas.	
<input type="checkbox"/>	Sé la información que tengo que guardar a efectos fiscales (cuando tenga que presentar mi declaración de impuestos).	
<input type="checkbox"/>	He llevado un registro de todas las personas con las que he hablado y cuándo hablé con ellas con respecto a los asuntos de seguros, preguntas sobre pagos u otros detalles en cuanto a mis registros médicos.	
	PARTE 3: Beneficios para el pago del tratamiento	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	Sé cómo voy a pagar por el tratamiento.	
<input type="checkbox"/>	Si no tengo seguro médico, voy a informarme acerca de los posibles recursos disponibles en www.cuidadodesalud.gov .	
<input type="checkbox"/>	Si hay necesidades médicas que mi seguro médico no cubre, voy a averiguar acerca de los posibles recursos disponibles.	
<input type="checkbox"/>	Conozco los gastos de seguro médico que pago (copagos, coseguros, deducibles) cada mes/año y el monto máximo que tengo que pagar de mi bolsillo conforme a mi plan.	
<input type="checkbox"/>	Tengo una copia, o sé dónde obtener una copia, de mi plan de seguro o del resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés).	
<input type="checkbox"/>	Conozco los beneficios oncológicos de mi plan de seguro médico y qué tratamientos y cargos están cubiertos, parcialmente cubiertos y no cubiertos.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuándo necesito obtener una remisión de mi médico (para acudir a especialistas).	
<input type="checkbox"/>	Sé que mi(s) médico(s) está(n) cubierto(s) por mi seguro médico.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado a mi compañía de seguros acerca de la cobertura para recibir una segunda opinión.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuáles consultas/procedimientos de mi médico/especialista están cubiertos por mi seguro médico.	
<input type="checkbox"/>	Sé el plazo previsto de mi tratamiento.	

	PARTE 4: Autorizaciones del tratamiento	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	Sé por qué se está realizando el procedimiento.	
<input type="checkbox"/>	Sé cuándo tengo que llamar a la compañía de seguros para obtener una preautorización/precertificación.	
<input type="checkbox"/>	Cuento con una preautorización/precertificación para el tratamiento (si es necesario).	
<input type="checkbox"/>	Sé el plazo durante el cual el procedimiento/tratamiento debe realizarse antes de que se venza la preautorización/precertificación.	
<input type="checkbox"/>	Tengo un coordinador de casos en la compañía de seguros con quien puedo hablar directamente si tengo una preocupación.	
<input type="checkbox"/>	He hablado acerca de las opciones de pago con el consultorio de mi médico y/o el departamento de facturación del hospital.	
<input type="checkbox"/>	Sé que puedo presentar una apelación ante la compañía de seguros si se me niega un tratamiento o procedimiento, y puedo procurar ayuda externa si es necesario.	
	PARTE 5: Medicación	Comentarios/notas
<input type="checkbox"/>	Conozco mi plan de medicamentos recetados y sé cómo averiguar si un medicamento está cubierto o no.	
<input type="checkbox"/>	Los medicamentos que me han recetado están cubiertos por mi plan de medicamentos recetados.	
<input type="checkbox"/>	Sé si tengo un beneficio que cubre las farmacias de servicio por correo y si es obligatorio que los medicamentos se dispensen por correo.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado acerca de los programas que ayudan con el acceso a los medicamentos y los copagos, y si reúno los requisitos para recibir ayuda de dichos programas.	
<input type="checkbox"/>	He preguntado a mi médico si hay formulaciones genéricas de los medicamentos que tomo y, si es así, si puede recetarme los genéricos para ahorrar dinero.	
<input type="checkbox"/>	Solicitaré una excepción (por parte de mi compañía de seguro médico) si un medicamento recetado no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos (formulary, en inglés) de mi plan de salud.	
<input type="checkbox"/>	Si tengo cobertura de Medicare, sé cuándo reúno los requisitos para cambiar mi plan de medicamentos recetados (la Parte D) para satisfacer mis necesidades cambiantes de medicamentos.	

Lista de comprobación de los costos del seguro médico y formulario de presupuesto

Planilla de presupuesto

Paso 1: Entender los costos de su seguro médico

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

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

Una vez que el plan de tratamiento esté preparado, hable con el departamento financiero del centro de tratamiento sobre los costos estimados y las opciones de planes de pago para calcular mejor sus costos de seguro médico.

Paso 2: Tener previsto los gastos mensuales

Para preparar un presupuesto mensual, complete la siguiente tabla. A medida que pague sus facturas, anote los montos reales.

Cambios de los gastos a considerar

- Transporte y alojamiento para el cuidador y el paciente, si el centro de tratamiento está lejos de la casa
- Gastos médicos adicionales, tales como suplementos nutricionales, medicamentos de venta libre, productos para la higiene, peluca, etc.
- Cuidado infantil y/o de mascotas para cuando está fuera de casa para el tratamiento o las citas médicas

Consejos para reducir los gastos

- Compare los precios de diferentes planes telefónicos/de cable o de seguros del hogar.
- Pida ayuda a sus familiares y amigos para el cuidado infantil o de mascotas.
- Use cupones para la compra de comestibles y ahorre dinero comiendo en casa en lugar de restaurantes.
- Envíe solicitudes a los programas de asistencia económica ofrecidos por el gobierno y las organizaciones sin fines de lucro:
 - Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) para cupones de alimentos
 - Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
 - Programas de asistencia con medicamentos recetados
 - Programas de asistencia para copagos

Gastos mensuales	Previstos	Reales
Prima del seguro médico y otras facturas médicas previstas		
Alquiler/hipoteca		
Servicios públicos (electricidad, gas, agua)		
Comestibles/comidas		
Teléfono/celular		
Cable/Internet/servicios de emisión en continuo		
Transporte (pago del automóvil, combustible, pasaje de autobús)		
Pago de deudas (tarjetas de crédito/préstamos)		
Primas de otros seguros (automóvil/vida)		
Limpieza del hogar/mantenimiento del césped		
Cuidado infantil		
Otros gastos		
Total de gastos mensuales		

Paso 3: Determinar los ingresos

Ingresos mensuales	Previstos	Reales
Sueldo (ingreso neto*)		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/ Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Beneficios laborales: discapacidad (a corto o largo plazo)		
Ingreso de jubilación del sector privado y/o de la Administración del Seguro Social (SSA)		
Asistencia económica		
Otras formas de ingreso		
Total de ingresos mensuales		

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

Cambios de los ingresos a considerar

- Cuando determine los ingresos, recuerde considerar la pérdida de ingresos debido a los períodos de licencia del trabajo para el tratamiento.

Consejos para complementar los ingresos

- Si el paciente no puede trabajar debido al tratamiento, considere solicitar el Seguro por Incapacidad del Seguro Social u otras opciones de seguro por discapacidad para reponer el ingreso perdido.

Paso 4: Finalizar el presupuesto

	Previsto	Real
Total de ingresos mensuales:		
Total de gastos mensuales:		
Total después de los gastos: (total de ingresos menos el total de gastos)		

Ahora que ya ha completado la planilla de presupuesto, siga usándola para anotar los gastos e ingresos reales y para hacer los ajustes necesarios. Considere la posibilidad de depositar todo el ingreso que haya quedado, después de haber pagado sus gastos, en una cuenta de ahorros como respaldo en caso de incurrir en gastos imprevistos o la pérdida de futuros ingresos.

Para obtener más información sobre los programas de asistencia económica que están disponibles, comuníquese con un Especialista en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma llamando al (800) 955-4572, o visite www.LLS.org/asuntos-financieros.

Formulario de seguimiento de apelaciones al seguro médico

Paso/medida	Fecha	Nombre e información de contacto	Comentarios/notas
Antes de iniciar la apelación			
Fecha del servicio (en la cual se recibió el servicio médico) y qué servicio se recibió			
Envié la reclamación al proveedor de seguros			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros (explicación de beneficios y/u otras comunicaciones escritas)			
Si la reclamación fue denegada, fecha en la que hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí la documentación de apoyo necesaria para la apelación			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
Apelación interna			
Envié a la compañía de seguros mi primer formulario de apelación (primera apelación interna)			
Recibí una respuesta de la compañía de seguros			
Si la apelación interna fue denegada, recibí una explicación por escrito de mi plan exponiendo las razones por las cuales denegaron mi reclamación			
Presenté mi segundo formulario de apelación (segunda apelación interna; solo en casos en los cuales la ley estatal o la política de la compañía lo exigen)			
Si la reclamación fue denegada, hablé con el equipo de profesionales médicos y les pedí cualquier otra documentación de apoyo			
Recibí la documentación de apoyo de parte del equipo de profesionales médicos			
Apelación externa			
Presenté los formularios y la documentación para la apelación externa a la institución correspondiente <ul style="list-style-type: none"> • Triage Cancer cuenta con la información de contacto de diferentes recursos en cada estado, disponible en www.triagecancer.org/stateresources (en inglés) 			
Recibí una respuesta a mi apelación externa de la organización/entidad de revisión independiente			

Este formulario es una adaptación de Triage Cancer—Health Insurance Appeal Tracking Form ©2018. El formulario original está disponible en: www.triagecancer.org/AppealTrackingForm.

Registro de la asistencia económica

Asistencia/ organización	Fecha de envío de la solicitud	Estado de la solicitud	Frecuencia de la asistencia <i>Por ejemplo: una vez, cada mes, etc.</i>	Monto de asistencia recibida
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		
		<input type="checkbox"/> Solicitada/pendiente <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Denegada		

Información y recursos

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) ofrece información y servicios en forma gratuita a los pacientes y familias afectados por el de cáncer de la sangre. En esta sección del librito se enumeran varios recursos que están a su disposición. Use esta información para:

- Informarse sobre los servicios y recursos para pacientes y sus familiares y cuidadores
- Hacer preguntas y obtener la información que necesita
- Aprovechar al máximo el conocimiento y las habilidades del equipo de profesionales médicos

Para obtener información y ayuda

Consulte con un Especialista en Información. Los Especialistas en Información de LLS son enfermeros, educadores en salud y trabajadores sociales titulados a nivel de maestría y especializados en oncología. Ellos ofrecen información actualizada sobre las enfermedades y las opciones de tratamiento. Algunos Especialistas en Información hablan español, y se ofrecen servicios de interpretación. Para obtener más información:

- Llame al (800) 955-4572 (Lun-Vie, de 9 a.m. a 9 p.m., hora del Este)
- Envíe un correo electrónico a infocenter@LLS.org
- Visite www.LLS.org/especialistas
Esta página web incluye un resumen de los servicios que ofrecen los Especialistas en Información y un enlace para iniciar una sesión de conversación (chat) con un miembro de este equipo (en inglés).

También puede acceder a información y recursos en el sitio web de LLS en www.LLS.org/espanol.

Materiales informativos gratuitos. LLS ofrece publicaciones gratuitas en inglés y en español con fines de educación y apoyo. Puede acceder a estas publicaciones por Internet en www.LLS.org/materiales, o llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información. Se le pueden enviar copias impresas por correo sin costo para usted.

Programas educativos por teléfono/Internet. LLS ofrece programas educativos en forma gratuita por teléfono/Internet para los pacientes, cuidadores y profesionales médicos. Algunos de los materiales de estos programas están disponibles en español. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información.

Programa de Asistencia para Copagos. A los pacientes que reúnen los requisitos del programa, LLS ofrece asistencia económica para pagar las primas del seguro médico y los copagos de medicamentos. Para obtener más información, llame al (877) 557-2672 o visite www.LLS.org/copagos.

Consultas personalizadas sobre la nutrición.

Aproveche el servicio gratuito de consultas personalizadas con un dietista registrado que cuenta con experiencia en nutrición oncológica. El dietista puede brindar asistencia con las estrategias para mejorar su nutrición, el manejo de los efectos secundarios y la nutrición para la supervivencia, así como acceso a otros recursos de nutrición. Para obtener más información, visite www.LLS.org/nutricion.

Podcast. Escuche a los expertos y los pacientes mientras que ofrecen información sobre el diagnóstico y tratamiento de los distintos tipos de cáncer de la sangre y los recursos disponibles para los pacientes con estas enfermedades. La serie de podcasts, llamada *Bloodline with LLS*, se ofrece para recordarle que luego del diagnóstico, surge la esperanza. Para obtener más información y para suscribirse, visite www.LLS.org/TheBloodline (en inglés).

Lectura sugerida. LLS ofrece una lista de publicaciones de otras organizaciones que se recomiendan para los pacientes, cuidadores, niños y adolescentes. Para obtener más información, visite www.LLS.org/SuggestedReading (en inglés).

Formación continua. LLS ofrece programas de formación continua para profesionales médicos. Para obtener más información, visite www.LLS.org/professionaled (en inglés).

Servicios de interpretación. Informe a su médico si necesita los servicios de un intérprete que hable español o algún otro tipo de asistencia, tal como un intérprete del lenguaje de señas. A menudo, estos servicios están disponibles sin costo para los pacientes y sus familiares y cuidadores durante las citas médicas y los tratamientos de emergencia.

Recursos comunitarios y establecimiento de contactos

Comunidad de LLS. Esta ventanilla única virtual es el sitio para comunicarse con otros pacientes y recibir la información y recursos más recientes en relación con el cáncer de la sangre. Puede compartir sus experiencias con otros pacientes y cuidadores y obtener apoyo personalizado del personal capacitado de LLS. Para inscribirse, visite www.LLS.org/community (en inglés).

Sesiones de conversación (chats) semanales por Internet. Estos chats moderados pueden ofrecer oportunidades para obtener apoyo y ayudar a los pacientes con cáncer a conectarse y compartir información. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/chat (en inglés).

Oficinas regionales de LLS. LLS ofrece apoyo y servicios comunitarios a través de su red de oficinas regionales en los Estados Unidos y Canadá, entre ellos:

- *El Programa Primera Conexión de Patti Robinson Kaufmann*
Este programa ayuda a los pacientes a conectarse con otros pacientes que tienen las mismas enfermedades. Muchas personas se benefician de la oportunidad única de compartir sus experiencias y conocimientos.
- Grupos de apoyo en persona
Los grupos de apoyo ofrecen oportunidades a los pacientes y cuidadores de reunirse en persona y compartir sus experiencias e información sobre las enfermedades y los tratamientos.

Para obtener más información sobre estos programas, o si necesita ayuda para localizar la oficina de LLS más cercana a su comunidad, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/chapterfind (en inglés).

Otras organizaciones útiles. LLS ofrece una lista extensa de recursos para los pacientes y sus familias. Hay recursos relacionados con la asistencia económica, los servicios de orientación psicológica, el transporte y la atención del paciente, entre otras necesidades. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/ResourceDirectory (en inglés).

Ensayos clínicos. En los ensayos clínicos se están evaluando nuevos tratamientos para los pacientes. LLS ayuda a los pacientes a obtener información sobre estos estudios de investigación médica y a acceder a los tratamientos disponibles a los participantes. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información de LLS que puede ayudar a realizar búsquedas de ensayos clínicos según el diagnóstico y las necesidades de tratamiento del paciente. En casos apropiados, también se ofrece orientación personalizada sobre los ensayos clínicos de parte de enfermeros capacitados.

Defensa de derechos. Con la ayuda de voluntarios, la Oficina de Políticas Públicas de LLS aboga por políticas y leyes que promueven el desarrollo de nuevos tratamientos y mejoran el acceso a una atención médica de calidad. Para obtener más información, llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información, o visite www.LLS.org/advocacy (en inglés).

Ayuda adicional para poblaciones específicas

Información para los veteranos. Los excombatientes que estuvieron expuestos al agente naranja mientras prestaban servicio en Vietnam tal vez puedan recibir ayuda del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos. Para obtener más información, llame al (800) 749-8387 o visite www.publichealth.va.gov/exposures/agentorange (en inglés).

Sobrevivientes del World Trade Center. Las personas afectadas directamente por los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, que posteriormente recibieron un diagnóstico de cáncer de la sangre, tal vez reúnan los requisitos para obtener ayuda del Programa de Salud World Trade Center. Entre las personas que reúnen los requisitos se incluyen:

- El personal de emergencia que estuvo en el área del World Trade Center luego del ataque terrorista
- Los trabajadores y voluntarios que ayudaron con el rescate, la recuperación y la limpieza de los lugares relacionados con el ataque al World Trade Center en la ciudad de Nueva York
- Los sobrevivientes que estuvieron en el área del desastre en la ciudad de Nueva York, o que vivían, trabajaban o estaban asistiendo a una escuela en el área
- El personal de emergencia que formó parte de la respuesta a los ataques terroristas en el Pentágono y en Shanksville, PA

Para obtener más información:

- Llame al (888) 982-4748
Puede pedir hablar con un representante del Programa de Salud World Trade Center en español.
- Visite www.cdc.gov/wtc/faq.html (en inglés)
Hay información en español sobre los requisitos del programa y el proceso de solicitud, así como una solicitud por Internet, en www.cdc.gov/wtc/apply_es.html.

Personas que sufren de depresión. El tratamiento de la depresión tiene beneficios para los pacientes con cáncer. Consulte con un profesional médico si su estado de ánimo no mejora con el tiempo, por ejemplo, si se siente deprimido todos los días durante un período de dos semanas. Para obtener más información, comuníquese con el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés).

- Llame al (866) 615-6464
Puede pedir hablar con un representante en español.
- Visite www.nimh.nih.gov
Escriba “depresión” en la casilla de búsqueda para obtener enlaces a información en español sobre la depresión y su tratamiento.

Comentarios. Para ofrecer sugerencias sobre esta publicación:

- Llame al (800) 955-4572 para hablar con un Especialista en Información
- Visite www.LLS.org/comentarios para completar una encuesta por Internet

Otras organizaciones

Para obtener más información, comuníquese con los Especialistas en Información de LLS al (800) 955-4572.

Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados (Partnership for Prescription Assistance o PPA)
(888) 477-2669
www.pparx.org/es

La PPA reúne los recursos de las compañías farmacéuticas, los médicos, otros profesionales médicos, grupos comunitarios y organizaciones para la defensa del paciente a fin de ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos (que carecen de la cobertura de medicamentos recetados) a obtener los medicamentos que necesitan, sin costo o a un costo mínimo. La alianza ofrece acceso a varios programas de asistencia públicos y privados, incluidos los programas ofrecidos por compañías farmacéuticas.

CancerCare
(800) 813-4673
www.CancerCare.org/espanol

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

organización ofrece orientación sobre asuntos financieros y brinda asistencia económica para ayudar con algunos tipos de gastos.

Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center)
(800) 333-4114
www.MedicareRights.org

El Centro de Derechos de Medicare trabaja para asegurar el acceso a una atención médica asequible para los adultos mayores y personas con discapacidades, a través de la asesoría y defensa de derechos, programas educativos e iniciativas de políticas públicas. El sitio web está en inglés.

Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales (National Conference of State Legislatures o NCSL)
(202) 624-5400
www.ncsl.org/research/health/insurance-coverage-for-infertility-laws.aspx

La misión de la NCSL es mejorar la calidad y eficacia de las legislaturas estatales, promover la innovación de las políticas y la comunicación entre las legislaturas estatales, y asegurar que las legislaturas estatales tengan una voz fuerte y cohesiva en el sistema federal. Esta página web, que está en inglés, ofrece información sobre las leyes estatales relacionadas con la cobertura de seguros médicos para el tratamiento de la infertilidad.

Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (National Council on Aging o NCOA)
571-527-3900
www.ncoa.org

El NCOA es un líder respetado y un socio confiable que ayuda a las personas de 60 años de edad y mayores a enfrentar los desafíos del envejecimiento. Los recursos disponibles en el sitio web incluyen una opción de búsqueda para hallar beneficios de programas de ayuda económica para pagar los gastos de comestibles, medicamentos y otros gastos cotidianos, consejos y recursos para manejar sus finanzas, formas de aprovechar al máximo los beneficios de Medicare y además para hallar el mejor plan de Medicare para usted. El sitio web está en inglés, pero ofrece acceso a varias publicaciones, videos y otros recursos que están disponibles en español.

CuidadoDeSalud.gov
www.cuidadodesalud.gov

Este sitio web administrado por el gobierno incluye información acerca de los cambios en la atención médica debidos a la Ley de Protección al Paciente

y del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (ACA, en inglés), también llamada “Obamacare”. Ofrece información sobre cómo encontrar opciones de seguro médico en su estado; cómo comparar la calidad de la atención médica ofrecida por diferentes hospitales, organizaciones de atención médica domiciliar y centros de atención residencial para adultos mayores (“nursing homes” en inglés); un resumen de la ley; las opciones de atención médica para diferentes grupos de personas (p. ej., familias con hijos, personas individuales, personas con discapacidades, adultos mayores, adultos jóvenes y empleadores).

FAIR Health

www.FairHealthConsumer.org

FAIR Health es una corporación nacional, independiente y sin fines de lucro cuya misión es la de lograr una transparencia en cuanto a los costos de la atención médica e información sobre los seguros médicos, así como proporcionar recursos a los consumidores de servicios médicos. El sitio web está en inglés.

Fertile Action

www.FertileAction.org

Fertile Action (que significa medidas en pos de la fertilidad) es una organización que fue establecida para ayudar a las mujeres afectadas por el cáncer a convertirse en madres a través de la educación, la defensa de derechos y la ayuda económica correspondientes a la conservación de la fertilidad, la donación de esperma, la donación de óvulos, la maternidad subrogada (el alquiler de útero) y el almacenamiento a largo plazo de esperma, ovocitos y embriones. El sitio web está en inglés.

Fertile Hope

(855) 220-7777

www.FertileHope.org

Fertile Hope (que significa esperanza para la fertilidad) es una iniciativa nacional de la Fundación LIVESTRONG dedicada a ofrecer información sobre la salud reproductiva, así como apoyo y esperanza a los pacientes con cáncer y sobrevivientes cuyos tratamientos médicos conllevan el riesgo de infertilidad. El sitio web está en inglés.

Fundación del Defensor del Paciente (Patient Advocate Foundation o PAF)

(800) 532-5274

www.PatientAdvocate.org

La PAF hace uso de la experiencia de coordinadores de casos, abogados y médicos que trabajan con

pacientes, sus aseguradores, los empleados y los acreedores para resolver problemas relacionados con los seguros, asuntos de discriminación laboral y crisis por deudas. El sitio web de PAF ofrece un directorio completo de los recursos de ayuda económica disponibles en cada estado para viviendas, los servicios residenciales de agua, electricidad y gas, alimentos, transportes, tratamiento médico y necesidades de los niños. En el sitio web puede encontrar un directorio nacional de recursos para personas con cobertura de seguro insuficiente, que tiene como objetivo ayudar a las personas sin seguro médico o con cobertura insuficiente y a sus familias a hallar valiosos recursos y buscar opciones de cobertura alternativa o métodos para obtener un mejor reembolso. También se encuentra disponible en el sitio web, bajo “PAF Publications”, la publicación titulada “Your Guide to the Appeals Process”, una guía paso a paso para apelar la denegación de una solicitud de reembolso a la compañía seguro médico. Su programa de asistencia para copagos ofrece ayuda económica a las personas que reúnen los requisitos. Llame al (866) 512-3861 o visite www.copays.org (en inglés) para obtener más información. El sitio web de PAF está en inglés pero ofrece la opción de traducción computarizada de Google.

Fundación para la Educación sobre la Cobertura Médica (Foundation for Health Coverage Education o FHCE)

www.CoverageForAll.org

La FHCE se encarga de informar a quienes llaman acerca de los seguros médicos gratuitos o de bajo costo en el estado en que viven. La FHCE ha desarrollado una matriz configurada para cada estado que detalla las opciones de seguros y ha proporcionado esta matriz a los profesionales de seguros de cada estado. La fundación ofrece información que puede descargarse por Internet acerca de las opciones de atención médica pública y privada de cada estado, y además ubica recursos y solicitudes de inscripción correspondientes a los programas de cobertura médica según el estado. El sitio web de FHCE está en inglés pero ofrece la opción de traducción computarizada de Google.

Fundación Nacional de Trasplantes (National Foundation for Transplants o NFT)

(800) 489-3863

www.transplants.org

La NFT ofrece asistencia para actividades de recaudación, ayuda económica a través de la recaudación de fondos y subvenciones, y apoyo a los pacientes que reciben trasplantes en todo el país. El sitio web está en inglés.

Fundación Nacional para la Defensa del Paciente (National Patient Advocate Foundation o NPAF)
(800) 532-5274
www.npaf.org

La NPAF es el filial de la Fundación del Defensor del Paciente dedicado a la defensa de derechos. La organización trabaja a nivel local, regional y nacional para promover el acceso a una atención médica asequible y de calidad para las personas con enfermedades crónicas, debilitantes y potencialmente mortales. Para obtener más información, llame al (866) 512-3861 o visite www.patientadvocate.org (el sitio web está en inglés pero ofrece la opción de traducción computarizada de Google).

Guía de cobertura médica para personas con cáncer (Cancer Insurance Checklist)
www.CancerInsuranceChecklist.org/es

Esta guía tiene como objetivo prestar ayuda a las personas con diagnóstico de cáncer, o que tienen antecedentes de cáncer o corren el riesgo de presentar cáncer, mientras buscan opciones en el Mercado de Seguros Médicos de su estado. Este recurso se desarrolló mediante una alianza de varias organizaciones que ofrecen información sobre la salud y apoyo a las personas con cáncer.

NeedyMeds
(800) 503-6897
www.NeedyMeds.org

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

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program o SHIP)
www.SHIPnpr.acl.gov

El personal encargado de este programa puede responder a sus preguntas acerca de las pólizas de Medigap, los seguros de atención a largo plazo, las opciones de planes de salud de Medicare, los derechos y protecciones de Medicare, y también puede ayudarlo a presentar una apelación. El sitio web está en inglés.

Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea (National Marrow Donor Program o NMDP)
(800) 627-7692
www.BeTheMatch.org

El NMDP se dedica a crear oportunidades para que todos los pacientes reciban el trasplante de células madre de médula ósea o de sangre de cordón umbilical que necesitan. El NMDP brinda apoyo a pacientes y educación a los médicos y al público acerca de la donación a través de su registro de donantes de médula ósea. El sitio web está en inglés; se ofrecen información y varias publicaciones en español en www.bethematch.org/translated-materials/spanish-materials.

Red de Información de Trasplante de Sangre y Médula Ósea (Blood & Marrow Transplant Information Network o BMT InfoNet)
(888) 597-7674
www.bmtinfonet.org/es

BMT InfoNet se dedica a ofrecerles a los pacientes, sobrevivientes y sus seres queridos apoyo emocional e información de alta calidad y de fácil comprensión sobre los trasplantes de células madre de médula ósea, de sangre periférica y de sangre de cordón umbilical.

Red Nacional de Servicios Legales relacionados con el Cáncer (National Cancer Legal Services Network o NCLSN)
www.NCLSN.org

La NCLSN es una coalición de más de 30 programas que ofrecen, en forma gratuita, asistencia legal y recomendaciones de servicios legales a las personas que se enfrentan al cáncer. El sitio web está en inglés.

Triage Cancer
www.TriageCancer.org

Triage Cancer (que implica la coordinación de recursos para las personas con cáncer) es una organización nacional sin fines de lucro que ofrece educación y recursos sobre todos los asuntos relacionados con la supervivencia del cáncer a los sobrevivientes, cuidadores y profesionales médicos. Triage Cancer ha desarrollado un conjunto de herramientas en Internet (www.CancerFinances.org, en inglés), para orientarse con respecto a los asuntos financieros que surgen tras un diagnóstico de cáncer. El sitio web de Triage Cancer está en inglés.

Glosario de términos

Beneficio máximo de por vida. Monto total de dinero que un plan pagará por un miembro durante toda su vida. Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), la mayoría de los planes de salud no pueden imponer un máximo de por vida a los “beneficios de salud esenciales”, tales como hospitalizaciones o medicamentos recetados. Es posible que los planes de atención dental impongan máximos de por vida.

Beneficios de salud esenciales. Conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Entre ellos se incluyen los servicios de la atención médica, atención hospitalaria de pacientes ambulatorios y hospitalizados, cobertura de medicamentos recetados, embarazo y parto, servicios de salud mental y más. Algunos planes cubren más servicios. Los planes deben ofrecer cobertura de atención dental para los niños. Los beneficios de atención dental para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar con base en los requisitos estatales.

COBRA (sigla en inglés de Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación

Presupuestaria). Ley federal que permite a algunas personas que pierden su cobertura médica grupal permanecer en su plan de seguro durante un tiempo limitado, pero ellas deben pagar la prima por sí mismas. Por ejemplo, si usted pierde su trabajo, es posible que pueda conservar su plan de salud por un poco más de tiempo mediante el pago de la prima a su empleador.

Conservación de la fertilidad. Procedimiento que ayuda a las personas a conservar su fertilidad o a tener hijos si un tratamiento causa infertilidad. El procedimiento se realiza antes de que la persona reciba el tratamiento médico (por ejemplo, quimioterapia) que podría causar infertilidad. Algunos ejemplos de procedimientos de conservación de la fertilidad son el uso de bancos de esperma y la crioconservación de óvulos.

Copago. Monto fijo de dinero (por ejemplo, \$40) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto por su plan de seguro. El monto puede variar según el tipo de servicio médico recibido (por ejemplo, si es de un proveedor de atención médica primaria o un especialista) y debe pagarlo en el momento en que se presta el servicio. Esta tarifa está especificada en su póliza de seguro médico y es posible que también aparezca en su tarjeta del seguro médico.

Coseguro (gastos compartidos). El coseguro es una característica de muchos planes que consiste en compartir los gastos. Exige a los miembros que paguen de su bolsillo una parte específica de los costos cubiertos de la atención médica. El monto definido del coseguro que el miembro debe pagar de su bolsillo se determina según la póliza de su plan de salud.

Deducible. Monto fijo de dinero que debe por los servicios de atención médica cubiertos por su plan antes de que su proveedor de seguros empiece a pagarlos. Por ejemplo, si su deducible es \$1,000, su plan de atención médica no pagará sus facturas médicas hasta que usted haya pagado ese monto de su bolsillo para satisfacer su deducible. Muchos planes de seguro tienen tanto deducibles “por persona/individuales” como “por familia/familiares”. El deducible por familia ayuda a limitar la cantidad de deducibles que una familia tiene que pagar para que todos los miembros de la familia cubiertos por el plan reúnan los requisitos para el pago de las reclamaciones.

Dentro de la red. Término que se refiere al tratamiento ofrecido por médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores con los cuales su plan tiene un acuerdo para ofrecer atención a sus miembros. Normalmente, los costos que las personas tienen que pagar de su bolsillo son menores cuando reciben tratamiento de parte de proveedores dentro de la red.

ERISA (sigla en inglés de Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados).

Ley que establece las normas y protecciones de los planes de seguro médico y de jubilación de la mayoría de los empleados.

Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).

Después de que un proveedor haya enviado una reclamación a su asegurador en su nombre, o después de que usted haya pagado la factura a un médico y haya enviado la reclamación, su asegurador le dará una explicación de beneficios. La explicación de beneficios incluye una explicación detallada de la forma en que su asegurador/administrador determinó el monto del reembolso realizado a su proveedor o a usted por el servicio médico. También incluirá información sobre cómo apelar o disputar la decisión de su asegurador en cuanto al reembolso.

Facturación del saldo. Los pacientes que consultan con un médico fuera de la red tal vez tengan que pagar un deducible separado o la diferencia entre el precio que cobra un médico dentro de la red y el que cobra un médico fuera de la red; a esto se le denomina “facturación del saldo”.

Fuera de la red. Término que se refiere al tratamiento ofrecido por médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores con los cuales su plan no tiene un acuerdo para ofrecer atención a sus miembros. Por lo general, las personas tendrán que pagar más gastos de su bolsillo cuando reciban tratamiento de parte de proveedores fuera de la red.

Gastos de su bolsillo. Término que se aplica a cualquier honorario para servicios de atención médica que usted tiene que pagar sin la ayuda de su proveedor de seguros. Los deducibles, el coseguro y los copagos son todos gastos de su bolsillo. Si usted necesita un servicio que su plan de seguro médico no cubre, usted pagará de su bolsillo el costo total de ese servicio.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Ley del 2010 para la reforma del sistema de atención médica, también denominada Ley de Atención Médica Asequible y “Obamacare”. El nombre oficial es Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés).

Límite anual. Monto máximo que el plan de seguro médico pagará en un “año del plan” (que podría ser distinto al año civil). Como parte de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), la mayoría de los planes de salud no pueden imponer un límite anual para los “beneficios de salud esenciales”, tales como hospitalizaciones o medicamentos recetados.

Límite de gastos de su bolsillo. Se trata del monto máximo que una compañía de seguros médicos exige al miembro de un plan que pague personalmente en deducibles más coseguro en un año. Después de alcanzar el límite de gastos de su bolsillo, el miembro ya no tiene que pagar coseguros ni copagos, y el plan empezará a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos. Los miembros aún son responsables de los servicios que no están cubiertos por el plan, incluso si han alcanzado el límite de gastos de su bolsillo. También deben seguir pagando sus primas mensuales.

Mercado de Seguros Médicos/Intercambio de seguros. Recurso que permite a las personas, familias y pequeñas empresas enterarse de sus opciones de cobertura médica; comparar los planes de seguro médico con base en los costos, los beneficios y otros factores importantes; elegir un plan; e inscribirse en la cobertura.

Plan Bronce. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 60 por ciento del costo de la provisión de beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Bronce, usted pagará un promedio del 40 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales. Esto significa que su prima mensual será baja, pero los gastos de su bolsillo serán más altos cuando necesite recibir servicios médicos.

Plan Catastrófico. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que no cubrirán ningún beneficio, aparte de 3 consultas de atención primaria por año, antes de que usted pague todo su deducible. Las primas de estos planes son bajas, pero los costos de su bolsillo (deducibles, copagos o coseguro) son altos. Este tipo de plan de salud solo está disponible para las personas menores de 30 años de edad, para aquellas que no pueden permitirse una cobertura médica y para las que tienen una exención por dificultades económicas.

Plan Oro. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 80 por ciento del costo de la provisión de beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Oro, usted pagará un promedio del 20 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales.

Plan Plata. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 70 por ciento de los costos de la provisión de los beneficios de salud esenciales. Con un plan de categoría Plata, usted pagará un promedio del 30 por ciento del costo de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales.

Plan Platino. En el Mercado de Seguros Médicos, los planes que cubren en promedio el 90 por ciento de los costos de la provisión de los beneficios de salud esenciales. Con un plan Platino, usted pagará un promedio del 10 por ciento de los costos de los servicios correspondientes a los beneficios de salud esenciales. A pesar de que los gastos de su bolsillo son bajos cuando recibe servicios médicos, su prima mensual podría ser más alta.

Preautorización. Decisión tomada por su compañía de seguros médicos en la cual establece que un servicio médico, tratamiento o tipo de equipo médico específico es necesario por razones médicas para su atención. Es necesario obtener una preautorización antes de recibir el servicio, tratamiento o el equipo médico. También se denomina preaprobación, autorización previa o precertificación.

Prima. Monto de dinero que usted debe pagar por la cobertura de su plan de salud. Si tiene seguro médico a través de su empleador, es posible que tanto usted como su empleador paguen una parte de la prima mensual, trimestral o anualmente.

Reclamación. Factura detallada que un proveedor de servicios médicos (médico, clínica u hospital, o proveedor de una prueba de laboratorio, infusión intravenosa, estudio de imagenología, terapia física, etc.) le envía a su plan de salud. Esta factura muestra los servicios que usted recibió.

Remisión médica. Orden escrita de su médico de cabecera (médico de atención primaria o PCP, en inglés) para que usted acuda a un médico especialista o para que obtenga otros servicios médicos. Es posible que los planes de seguro exijan que usted consiga una remisión de su médico de cabecera antes de que pueda recibir atención médica de cualquier otro médico. Si usted no consigue primero una remisión médica, a menudo el plan no pagará por los servicios de atención médica que usted reciba.

Servicios preventivos. Atención médica de rutina que incluye pruebas de detección, chequeos médicos y orientación del paciente para prevenir enfermedades u otros problemas de salud.

Referencias bibliográficas

Appold K. Four ways genetic testing is changing cancer care and what insurers are covering. Sitio web de Managed Healthcare Executive. Publicada el 3 de noviembre de 2017. <http://www.managedhealthcareexecutive.com/hospitals-providers/four-ways-genetic-testing-changing-cancer-care>. Consultada el 4 de junio de 2018.

Appold K. Healthcare consumerism: embrace it or step aside. Sitio web de Managed Healthcare Executive. Publicada el 5 de noviembre de 2015. <http://www.managedhealthcareexecutive.com/mhe-articles/healthcare-consumerism-embrace-it-or-step-aside>. Consultada el 4 de junio de 2018.

Andrews M. HMO, EPO, PPO: what health plan is best? Sitio web de WebMD Health Insurance and Medicare News; 2014. <https://www.webmd.com/health-insurance/news/20140815/hmo-ppo-epo-hows-a-consumer-to-know-what-health-plan-is-best#1> Consultada el 1 de abril de 2018.

Bryant M. What you need to know about cancer & Health Insurance. Octubre de 2017. The Leukemia & Lymphoma Society [podcast]. <http://www.thebloodline.org/TBL/what-you-need-to-know-about-cancer-insurance>. Consultada el 1 de abril de 2018.

Sitio web de Cancer Insurance Checklist. http://www.cancerinsurancechecklist.org/site/wp-content/uploads/2015/10/cancer_coverage_checklist_tabloid_dk-changes-03.pdf. Consultada el 1 de abril de 2018.

Cryts A. Six policy topics every healthcare executive needs to understand. Sitio web de Managed Healthcare Executive. Publicada el 3 de octubre de 2017. <http://www.managedhealthcareexecutive.com/news-policy/six-policy-topics-every-healthcare-executive-needs-understand>. Consultada el 4 de junio de 2018.

Health Insurance Appeal Tracking Form. Sitio web de Triage Cancer. Publicada en el 2014. <http://triagecancer.org/wp-content/uploads/2014/05/Appeals-Tracking-Form-Triage-Cancer.pdf>. Consultada el 1 de abril de 2018.

Managing the Cost of Cancer Care: Practical Guidance for Patients and Families [librito]. ASCO Answers. Publicada en el 2015. https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cost_of_care_booklet.pdf. Consultada el 1 de abril de 2018.

National Council on Aging, Inc. Donut hole: the Medicare Part D coverage gap illustrated [gráfica]. Publicada en el 2017. <https://www.ncoa.org/resources/donut-hole-the-medicare-part-d-coverage-gap-illustrated>. Consultada el 1 de abril de 2018.

Center for Medicare & Medicaid Services. US Department of Health and Human Services. *Medicare & You 2018*. Última actualización en septiembre de 2017. Consultada el 1 de abril de 2018.

Morales JF. Navigating the financial maze for cancer survivorship [webcast]. 15 de diciembre de 2017. The Leukemia & Lymphoma Society [webcast]. http://www.lls.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/Slides_Transcripts/Finance-Joanna%20Fawzy%20Morales%20Esq_Formatted.pdf. Consultada el 1 de abril de 2018.

Sitio web de HealthCare.gov. Federal poverty level (FPL). <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>. Consultada el 1 de abril de 2018.



Para obtener más información,
comuníquese con nuestros
Especialistas en Información al
800.955.4572 (se ofrecen servicios
de interpretación a pedido)

**BEATING
CANCER
IS IN
OUR BLOOD.**

The Leukemia & Lymphoma Society 3 International Drive, Suite 200 Rye Brook, NY 10573

La misión de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) es curar la leucemia, el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el mieloma y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Para obtener más información, visite www.LLS.org/espanol.