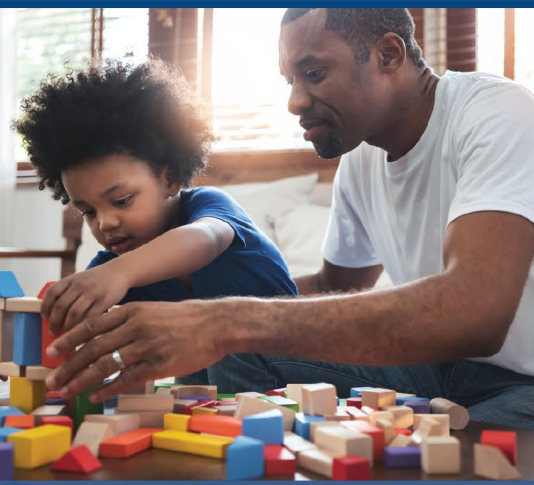


TRIAGE CANCER

Guía práctica para los derechos sobre el cáncer para jóvenes



Una guía para los desafíos legales y prácticos que pueden afectar a los jóvenes que son diagnosticadas con cáncer, sus cuidadores, y los profesionales que los tratan.

TRIAGE CANCER

Todos deben tener acceso a los recursos que necesitan para manejar su vida más allá del diagnóstico, independientemente de su tipo de cáncer, dónde viven o su situación económica.



Triage Cancer es una organización nacional sin fines de lucro que proporciona educación gratuita sobre los temas prácticos y legales que pueden afectar a las personas diagnosticadas con cáncer y a sus cuidadores, a través de eventos, materiales, y recursos gratuitos.



Mientras haya preguntas, tendremos respuestas.

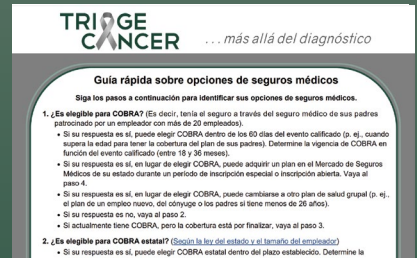
Eventos educativos



Videos Animados



Guías rápidas & Listas de verificación



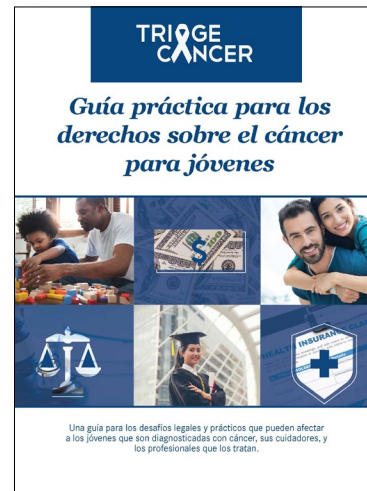
CancerFinances.org



Todos estos recursos y más se pueden encontrar en TriageCancer.org.

Índice

- 3** Sus derechos educativos
- 6** Sus derechos en el trabajo
- 13** Opciones de seguros por discapacidad
- 16** Información básica sobre el seguro médico
- 20** Opciones de seguros médicos
- 26** Acceso a los expedientes médicos
- 27** Entender las apelaciones
- 28** La administración de facturas médicas
- 30** Otras preocupaciones para los jóvenes
- 33** Planificar con anticipación



¿Qué es la Ley de Derechos sobre el Cáncer?

La ley de derechos sobre el cáncer incluye una serie de áreas separadas de la ley, que incluyen empleo, seguros, beneficios gubernamentales, derechos del consumidor y planificación patrimonial.

Algunos de los temas discutidos en esta guía ni siquiera son considerados como asuntos legales por la mayoría de la gente, como el seguro de salud. Sin embargo, obtener cobertura de seguro médico, protección del consumidor en el uso de la cobertura y el derecho a apelar las denegaciones de cobertura están todos arraigados en las leyes. La falta de conocimiento de la ley y el hecho de que la gente no reconoce la poder de la ley para ayudar a las personas, ha sido una barrera para que las personas satisfagan sus necesidades y contribuye a la carga financiera de un diagnóstico de cáncer.

Una comprensión de sus derechos como un cuidador puede mejorar su calidad de vida, reducir el estrés y la ansiedad, y puede ayudar a evitar que pierda su trabajo, su seguro de salud o incluso su hogar.

Esta guía está destinada a servir como una introducción a algunos de los temas de la ley de derechos sobre el cáncer que la mayoría de los jóvenes tienen que ocuparse de alguna manera después de un diagnóstico de cáncer: la educación, el empleo, el seguro y las finanzas.

Los detalles sobre estas leyes y programas pueden cambiar con frecuencia. La información más actualizada sobre estos temas y muchos otros se puede encontrar en [TriageCancer.org](https://www.TriageCancer.org).

Cláusula de exención de responsabilidad: El objetivo de esta guía es proporcionar información general sobre los temas presentados. Se entiende que Triage Cancer no presta servicios legales, médicos ni profesionales de ninguna naturaleza por su publicación o distribución. Si bien este material ha sido revisado por un profesional, no se debe utilizar como un reemplazo de los servicios profesionales. ©TriageCancer

Guía práctica para los derechos sobre el cáncer para jóvenes: lidiar con la educación, el empleo, el seguro médico, & las finanzas

Sus derechos educativos

Un diagnóstico de cáncer puede interrumpir su educación. Usted puede necesitar tomar tiempo libre o esperar para comenzar la escuela. También puede experimentar complicaciones relacionadas con el cáncer y efectos secundarios que afectan su educación. Es importante saber que hay leyes que ayudan a proteger a los estudiantes con discapacidades. Hay dos leyes en particular que son importante conocer en relación con los derechos educativos de los estudiantes que asisten a una universidad, una escuela vocacional o una escuela de posgrado: 1) Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; y 2) la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Estas leyes están en vigor para ayudar a proteger a los estudiantes contra la discriminación, para proporcionar acceso a adaptaciones razonables y, en última instancia, para asegurar de que los estudiantes con discapacidades tengan acceso a oportunidades educativas iguales.

- **La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación** se aplica a las universidades, escuelas vocacionales o escuelas de posgrado que reciben fondos federales. La Sección 504 no sólo se aplica a las escuelas públicas sino también a la mayoría de las universidades privadas porque reciben asistencia financiera federal al participar en programas federales de ayuda estudiantil.
- **La ADA** es una ley federal que protege a las personas con discapacidades contra la discriminación en el lugar de trabajo, transporte, comunicación, gobierno y servicios públicos. Específicamente, el Título II de la ADA prohíbe a los gobiernos estatales y locales discriminar a las personas con discapacidades en todos los servicios, programas, y actividades del gobierno estatal y local. Esto incluye universidades y escuelas vocacionales y de posgrado financiados por el estado.

Bajo la ADA y la Ley de Rehabilitación, los estudiantes elegibles tienen derecho a recibir adaptaciones para superar cualquier desafío planteado por su afección médica en un ambiente educativo. Además de los derechos de educación, el Título I de la ADA también proporciona protecciones en el empleo, de modo que al comenzar a buscar empleos y perseguir sus metas profesionales, la ADA puede proporcionar protección contra la discriminación y el acceso a adaptaciones razonables en el lugar de trabajo.

Adaptaciones razonables

Las adaptaciones razonables son cualquier modificación que ayude a un estudiante a superar los desafíos asociados con su afección médica mientras recibe una educación. Por ejemplo, un estudiante que recibe tratamiento para el cáncer puede enfrentar efectos secundarios que podrían plantear complicaciones médicas y no médicas relacionadas con la educación. Las adaptaciones razonables pueden incluir cambios físicos en el lugar educativo, un horario modificado, herramientas tecnológicas y cambios a las reglas o políticas. Por ejemplo, tener que alguien tome notas para usted en clase o tiempo adicional para completar una tarea podría ser considerados adaptaciones razonables.

La mayoría de las escuelas tienen una oficina, departamento o persona que es responsable de asegurar que los estudiantes con discapacidades reciban las adaptaciones que necesitan. Los estudiantes son responsables de comunicarse con el instituto, identificar la necesidad de adaptaciones, y proveer documentación actualizada de sus afecciones médicas. Es importante poder defender a sí mismo para obtener acceso a los servicios, apoyo y adaptaciones necesarias, así que pida una adaptación tan pronto como se diera cuenta de que la necesita.



Postular para escuela de posgrado

Además de las leyes y protecciones anteriores, los estudiantes elegibles pueden tener acceso a adaptaciones en diferentes puntos durante el proceso de solicitud de la escuela de posgrado. Por ejemplo, los estudiantes que están tomando exámenes del Servicio de Exámenes Educativos (ETS) pueden solicitar una variedad de adaptaciones para los exámenes. Estas pruebas incluyen la prueba general GRE® y las pruebas de materias GRE®, así como la prueba TOEFL® (una prueba estandarizada de dominio del idioma inglés, específicamente orientada a hablantes no nativos de este idioma). ETS ofrece servicios para estudiantes con discapacidades y necesidades relacionadas con la salud.

Ayuda económica para pagar la educación

¡La educación puede ser cara! Puede haber ayuda económica disponible para usted, para ayudar a pagar sus gastos de subsistencia, gastos médicos, y préstamos estudiantiles. Debe pensar amplia y creativamente sobre el tipo de ayuda económica que podría estar disponible para usted. Para obtener más información, visite: studentaid.gov.

Hay muchas oportunidades para que los estudiantes soliciten y obtengan becas para escuelas de pregrado, de posgrado y vocacionales. Algunas escuelas pueden ofrecer becas basadas en el mérito o en la necesidad

cuando usted sea aceptado en la escuela basado en su experiencia previa, éxito académico, o necesidad financiera. También hay muchas becas disponibles para estudiantes con afecciones o desafíos médicos. La oficina de ayuda financiera de su instituto puede tener una lista de becas externas para las cuales usted puede solicitar, pero muchas oportunidades de becas se pueden encontrar en línea. También puede encontrar recursos de asistencia financiera para la educación en CancerFinances.org.

Administración de préstamos estudiantiles

La deuda de préstamos estudiantiles puede ser significativa, y los jóvenes diagnosticados con cáncer pueden enfrentar barreras adicionales al reembolso. Aquí hay algunos consejos sobre cómo los estudiantes pueden comenzar a tomar el control su deuda del préstamo para estudios:

- **Averigüe cuánto debe y a quién se lo debe:**
¿Tiene préstamos federales? ¿Tienes préstamos privados? ¿O ambos?
 - Hay dos tipos de préstamos federales – préstamos directos del Departamento de Educación de los Estados Unidos y préstamos que son administrados por una compañía privada. Puede encontrar la información de contacto de cada entidad administradora y quién administra su préstamo en studentaid.gov/h/manage-loans.
 - Si tiene préstamos privados, deberá comunicarse con el prestamista.
- **¿Cuál es la tasa de interés de cada préstamo que usted tiene?**
- **Evite el incumplimiento de pago de su préstamo:** Para proteger su calificación crediticia, debe comunicarse con los prestamistas antes de dejar de hacer pagos por cualquier razón. Puede haber opciones para reducir sus pagos mensuales o reprogramar sus pagos para que le resulte más fácil mantenerse al día en sus pagos.

■ **Identificar sus opciones:** Hable con un asesor de préstamos. Descubra cuáles son sus opciones para los planes de pago, refinanciamiento, consolidación, aplazamiento de pago, suspensión temporal de cobro, o incluso condonación o cancelación de los préstamos. Asegúrese de obtener información de una fuente confiable (por ejemplo, Federal Student Aid).

• **Aplazamiento de pago:** cuando una persona elegible puede dejar de hacer pagos temporalmente o reducir su pago mensual por un cierto período de tiempo.

- **Aplazamiento de pago para el tratamiento del cáncer:** Bajo una nueva ley federal, los prestatarios calificados pueden recibir un aplazamiento de sus préstamos calificados mientras reciben tratamiento del cáncer, y por los seis meses siguientes a la conclusión del tratamiento. El aplazamiento puede estar disponible para Préstamos Directos, Préstamos Federales de Educación Familiar (FFEL), y Préstamos Federales Perkins:

- Realizados a partir del 28 de septiembre del 2018, o
- Que ingresaron el período de reembolso en o antes del 28 de septiembre de 2018.

• **Suspensión temporal de cobro:** similar al aplazamiento de pago; sin embargo, una persona puede ser responsable por pagar los intereses que se han acumulado en ciertos tipos de préstamos mientras está en suspensión temporal.

• **Condonación o cancelación del préstamo:** Bajo ciertas circunstancias, una persona puede ser elegible para la condonación o cancelación del préstamo, lo que significa que usted ya no necesita pagar parte o todo su préstamo. Por ejemplo, algunos préstamos pueden ser elegibles para la condonación si la persona tiene un trabajo en el servicio público. Estos diferentes tipos de programas de pago se aplican a Préstamos Directos, Préstamos Federales para la Educación de la Familia (FFEL) y Préstamos Perkins.

• **Cancelación por discapacidad:** Si es elegible, una persona también puede obtener la cancelación de su préstamo como resultado de su discapacidad.

- **Cancelación por discapacidad total y permanente:** Las personas que tienen una discapacidad total y permanente pueden tener sus préstamos estudiantiles cancelados. Para ser elegibles, las personas deben demostrar que están totalmente y permanentemente discapacitadas. Hay tres formas de hacerlo:

- usted es un veterano con una discapacidad relacionada con el servicio;
- está recibiendo Seguro por Incapacidad del Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario; o
- usted puede presentar un formulario de expediente médico de un médico licenciado o médico de osteopatía declarando que usted está totalmente y permanentemente discapacitado. El médico debe certificar que usted no puede participar en ninguna actividad lucrativa sustancial. Esto debe ser apoyado por una razón médica, y que la discapacidad total y permanente pueda durar por un período continuo de no menos de 60 meses, ha durado por un período continuo de 60 meses o más, o puede resultar en la muerte.

- Algunos prestamistas privados también ofrecen opciones de cancelación por discapacidad para las personas con discapacidades. Estos prestamistas pueden tener diferentes reglas, por lo que es importante ponerse en contacto con sus prestamistas para obtener más información.

Decisiones sobre la privacidad en la escuela

Si usted tiene más de 18 años y desea que otra persona participe en su educación, puede que necesite dar permiso a su instituto para discutir su expediente académico con otras personas, como sus padres, un cónyuge o una pareja. La Ley de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar (FERPA) protege la privacidad de sus expedientes académicos.

Por lo general, los institutos necesitan su permiso por escrito para divulgar información de su expediente académico. Si desea que otra persona participe, hable con su instituto sobre el proceso de recibir su permiso para divulgar información a las personas que usted elija.

Para obtener más información sobre los derechos legales para obtener ayuda en la escuela, alojamiento en la escuela, derechos durante el proceso de solicitud para la escuela de posgrado, y más, consulte el Módulo de Derechos Educativos de Triage Cancer en CancerFinances.org.

Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageCancer.org/Cancer-Finances-Education

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Vídeos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web

Sus derechos en el trabajo

Si usted es un cuidador para alguien con cáncer, es posible que necesite averiguar cómo seguir trabajando, tomarse tiempo libre del trabajo, volver a trabajar, o incluso jubilarse. Entender las leyes de empleo podría ayudarle a considerar todas las opciones y tomar decisiones.

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) es una ley federal que protege a las personas con discapacidades contra la discriminación. El Título I de la ADA les brinda a las personas con discapacidades protecciones en el lugar de trabajo. La ADA también les ofrece a algunos empleados el beneficio adicional de adaptaciones razonables.

Los empleadores cubiertos por el Título I de la ADA

- Empleadores privados con 15 empleados o más.
- Agencias de empleo, organizaciones sindicales y comités conjuntos de administración laboral.
- Gobiernos locales y estatales, independientemente de su tamaño.

- Empleados del poder legislativo federal (como empleados del Senado, la Cámara de Representantes, y agencias que respaldan al Congreso).

- Los empleados del poder ejecutivo federal (como el Servicio Postal de los Estados Unidos, agencias, etc.) se encuentran cubiertos por la Ley de Rehabilitación de 1973 (similar a la ADA).

Requisitos para los empleados cubiertos por la ADA

- Deben ser “personas calificadas” (es decir, que pueden llevar a cabo las tareas básicas del trabajo, con o sin adaptaciones razonables), y
- Deben ser personas con una discapacidad (p. ej., una deficiencia física o mental que limita considerablemente la realización de una actividad fundamental de la vida diaria).

Actividades fundamentales de la vida diaria en virtud de la ADA son “actividades que una persona normal puede realizar con poca o sin dificultad. Las actividades incluyen funciones físicas (respirar, escuchar, ver, hablar, caminar, otros movimientos motores), funciones mentales (concentrarse y aprender), y funciones sociales/profesionales (trabajar o cuidar de sí mismo).





Ejemplo: Adaptaciones razonables

Jenny ha estado trabajando durante su tratamiento de quimioterapia, pero no ha podido concentrarse y ha empezado ser olvidadizo. Le preocupa que esté afectando su trabajo. Jenny trabaja para una compañía de ventas y su escritorio está en un cubículo en un piso del edificio que tiene una planta abierta con oficinas que rodean los cubículos. Hay 2 escritorios por cubículo con divisiones bajas entre los cubículos. ¿Qué adaptaciones razonables podrían ayudar a Jenny a seguir haciendo su trabajo de manera efectiva?

Jenny puede continuar a trabajar de manera efectiva con las siguientes adaptaciones razonables:

- Cambiar a una oficina con puerta cerrada.
- Cambiar a un escritorio en la esquina de la planta con menos ruido circundante.
- Tener solo un escritorio en el cubículo, en lugar de dos.
- Instalar particiones más altas (por ejemplo, barrera de pared o estantería).
- Usar audífonos con cancelación de ruido.
- Permitir audífonos si normalmente no está permitido.
- Permitir el acceso a una oficina independientemente del ranking del puesto de trabajo.
- Teletrabajo (trabajo desde casa).
- Modificar el horario de trabajo a 7 a.m. a 3 p.m., cuando la oficina es más tranquila y tiene menos distracciones.

¿Cuándo se aplica la ADA?

La ADA ofrece protección en todas las etapas de empleo (incluso durante el proceso de solicitud) y cuando se toman todas las decisiones relacionadas con el empleo, incluida la contratación, el despido, los pagos y beneficios, los ascensos, las asignaciones de tareas, las bonificaciones, las oportunidades de capacitación y los permisos para ausentarse.

La ADA le protege contra la discriminación en el trabajo si usted actualmente tiene una discapacidad, si tiene antecedentes de una discapacidad, si su empleador se considera que usted tiene una discapacidad, o si usted está “asociado” a una persona con una discapacidad (p. ej., es un cuidador). También tiene derecho a una adaptación razonable si sufre una discapacidad actualmente, o si tiene antecedentes de una discapacidad.

¿Qué son las adaptaciones razonables?

Según la ADA, “una adaptación es cualquier modificación que se realice en el entorno laboral o en la forma de realizar habitualmente las tareas que le permita a una persona con determinada discapacidad disfrutar de la igualdad de oportunidades de empleo”. Las adaptaciones razonables pueden ser cualquier cosa que ayude a que continúe realizando su trabajo o vuelva a trabajar, como:

- Modificar el horario laboral (por ej., flexibilidad del horario, trabajo a distancia).
- Modificar el lugar de trabajo (por ej., teletrabajo, una silla ergonómica, control manual en el automóvil, traslado de oficina).



- Usar tecnología (por ej., tableta, teléfono inteligente, software de lectura de pantalla, software de reconocimiento de voz).
- Modificar las políticas del lugar de trabajo (por ej., permitir que un empleado con una cicatriz use una bufanda o un sombrero, más descansos).
- Asignar tareas laborales no esenciales a otros empleados.
- Trasladarse a un puesto vacante, si está disponible (Nota: los empleadores no están obligados a crear un puesto nuevo para un empleado con una discapacidad, pero es algo que todavía puede solicitar).

La adaptación razonable que mejor funcione para su caso dependerá de las dificultades que enfrente, sus responsabilidades laborales y su lugar de trabajo. Recuerde que cuando pensamos en posibles adaptaciones que podrían funcionar en su caso, aún deben ser “razonables”. Y una adaptación puede no abarcar todos los problemas que sufre, por lo que puede solicitar más de una adaptación.

¿Un empleador tiene la obligación de proporcionarle una adaptación razonable?

Sí, si usted es elegible en virtud de la ADA o una ley estatal de igualdad de oportunidades de empleo. Sin embargo, un empleador no tiene la obligación de realizar la adaptación si puede demostrar que la adaptación que usted solicita es una dificultad excesiva o implica una amenaza directa. Una dificultad excesiva se produce cuando proporcionar la adaptación razonable provocaría una complicación o gastos significativos para el empleador. Una amenaza directa se produce cuando existe “un riesgo significativo de daño sustancial para la salud o seguridad de la persona o de los demás que no se puede eliminar ni reducir mediante la adaptación razonable”.

¿Cómo solicitar una adaptación razonable?

La ADA no requiere que usted solicite una adaptación razonable ante una persona específica, como un supervisor, otro superior o un representante de Recursos Humanos (RR. HH.).

Sin embargo, es una buena idea revisar las políticas de su empleador, que generalmente se incluyen en el manual para los empleados, para saber si el empleador tiene algún proceso específico para solicitar adaptaciones razonables. Si su empleador no tiene un proceso, puede decidir si quiere preguntarle a su supervisor o si quiere hablar con un representante de RR. HH.

Al presentar su solicitud, no es necesario que mencione específicamente la ADA o use las palabras “adaptación razonable”. No es necesario que su solicitud sea por escrito, pero es posible que quiera que su solicitud se registre. Si decide no realizar la solicitud por escrito, puede hacer un seguimiento de las conversaciones que haya tenido enviando un correo electrónico informal o una carta más formal o un contrato para confirmar lo acordado. Recuerde que su supervisor actual puede no ser su supervisor en el futuro.

Una vez que realiza una solicitud, se supone que usted y su empleador participen en el “proceso interactivo”... el proceso interactivo como la manera de negociar y llegar a un acuerdo sobre una adaptación razonable efectiva. Su necesidad de una adaptación puede cambiar con el tiempo. Por ejemplo, es posible que necesite un horario de trabajo flexible mientras realiza el tratamiento, pero una vez terminado, una adaptación más útil sería tener períodos de descanso adicionales durante el día. Pero usted y su empleador deben controlar las adaptaciones para asegurarse de que aún sean efectivas. Si ya no lo son, deben empezar el proceso nuevamente.

¿Cuándo solicitar una adaptación razonable?

Por lo general, debe solicitar una adaptación razonable cuando se da cuenta de que la necesita para cumplir de manera efectiva sus responsabilidades laborales. Si demora la solicitud y su desempeño laboral se ve afectado, el empleador puede tomar la decisión de despedirlo por bajo desempeño laboral. Sin embargo, puede evitar esta situación solicitando una adaptación razonable para poder cumplir de manera efectiva con sus responsabilidades laborales.

¿La solicitud de una adaptación razonable es confidencial?

En términos generales, su empleador no puede compartir información sobre su afección médica, o que usted solicitó o recibió una adaptación razonable. Sin embargo, tenga en cuenta que si le solicita a su supervisor una adaptación, es posible que envíe su solicitud a RR. HH. A su vez, RR. HH. puede compartir la información con los directivos de la compañía, según corresponda. Si empieza con RR. HH. porque no quiere que su supervisor sepa sobre su afección médica, RR. HH. solo puede compartir con su supervisor que está por obtener una adaptación, pero no la causa. Los compañeros de trabajo pueden preguntar por qué recibe una adaptación, pero el empleador solo puede confirmar que obtiene una adaptación, no compartir información sobre su afección médica.

Leyes estatales de igualdad de oportunidades de empleo

Todos los estados tienen una ley estatal de igualdad de oportunidades de empleo. Muchas ofrecen protecciones similares a las de la ADA; sin embargo, algunas tienen una definición más amplia de discapacidad y otras cubren a empleadores privados con menos de 15 empleados.

La Ley de Licencia Familiar y Médica

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) es una ley federal que les permite a los empleados elegibles tomarse hasta un total de 12 semanas por año de licencia no remunerada con protección del trabajo y protección del seguro de salud:

- Por su propia afección médica grave.
- Para el cuidado de un hijo, uno de los padres o el cónyuge con una afección médica grave.
- Por el nacimiento de un hijo, y para el desarrollo de lazos afectivos con ese niño.
- Por la colocación de un hijo en adopción o acogida con el empleado, y para el desarrollo de lazos afectivos con ese niño.



- Por cualquier exigencia calificada (como despliegue) que surja del hecho de que el cónyuge, un hijo, una hija o uno de los padres sea miembro del servicio militar en servicio activo cubierto o sea convocado a prestar servicio activo.
- Por cualquier combinación de los eventos calificados mencionados anteriormente.

Los empleadores cubiertos por la FMLA son:

- Empleadores privados que tengan 50 empleados o más durante 20 semanas laborales o más en el año calendario actual o previo.
- Agencias públicas, incluidas las agencias locales, estatales o federales, independientemente de la cantidad de empleados que tengan.
- Escuelas primarias o secundarias, públicas o privadas, independientemente de la cantidad de empleados que tengan.

Los empleados elegibles para una licencia según la FMLA son:

- Empleados que trabajen en una ubicación en la que el empleador tenga al menos 50 empleados dentro de las 75 millas del lugar de trabajo del empleado, **y**

- Empleados que hayan trabajado para un empleador cubierto durante al menos 12 meses en los últimos 7 años (nota: no es necesario que los 12 meses sean consecutivos, sino solo acumulativos), **y**
- Empleados que hayan trabajado al menos 1,250 horas para el empleador durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la licencia.

¿Qué actividades se incluyen en las tareas de cuidado?

Caregiving can include helping with activities of daily living, such as providing basic medical, hygienic, nutritional, or safety needs; providing transportation to and from medical appointments; providing psychological comfort; assisting with housework or paperwork; organizing prescription medication or grocery shopping; and assisting in chores.

¿Qué sucede con su seguro médico si se toma una licencia de la FMLA?

Si recibe cobertura del seguro médico de su empleador, su empleador debe continuar ofreciéndole esa cobertura bajo los mismos términos y condiciones vigentes antes de tomar la licencia. Por ejemplo, si su empleador paga el 50 % de su prima mensual mientras usted trabaja, debe continuar haciéndolo cuando usted se tome la licencia de la FMLA.

¿Cuándo debe solicitar una licencia de la FMLA?

Por lo general, los empleados deben solicitar esta licencia apenas sepan que necesitan ausentarse del trabajo. Si la necesidad de la licencia es previsible, los empleados deben dar aviso a los empleadores con al menos 30 días de anticipación. Si la necesidad de la licencia es imprevisible, los empleados deben dar aviso a los empleadores “en cuanto sea viable,” esto generalmente implica informarle al empleador dentro de uno o dos días posteriores al surgimiento de la necesidad de una licencia. Debe seguir las reglas de su empleador para ausencias a menos que esté recibiendo atención médica de emergencia.

¿Cómo se solicita una licencia de la FMLA?

Consulte el manual para los empleados y verifique si su empleador cuenta con algún proceso específico para solicitar una licencia de la FMLA. No es necesario que en su solicitud de licencia mencione el diagnóstico de cáncer, pero sí debe incluir información suficiente para que el empleador pueda determinar si usted es elegible para la licencia de la FMLA.

Si usted es elegible para una licencia de la FMLA, su empleador no puede interferir en su derecho a tomarse dicha licencia. Un empleador no puede tomar represalias contra usted por tomarse una licencia de la FMLA. Un empleador no puede usar la licencia de la FMLA en su contra para tomar decisiones sobre su trabajo, como políticas de asistencia, ascenso o medidas disciplinarias.

¿Cómo funciona la FMLA con otros tipos de licencias?

Las formas en que las leyes federales, las leyes estatales y las políticas de los empleadores trabajan juntas son similares a las piezas de rompecabezas que encajan entre sí. Excepto que el rompecabezas de todos parece diferente, dependiendo de las leyes que se aplican a usted, en qué estado vive y qué beneficios ofrece su empleador.

Al pensar en tomarse el tiempo libre del trabajo, puede tener varias opciones disponibles para usted.

- Algunos estados han aprobado leyes de licencia, que pueden ofrecer más protección que la FMLA.
- Su empleador puede solicitarle que reemplace la licencia no remunerada de la FMLA por la licencia remunerada o beneficios de seguro por discapacidad que tiene disponible. Incluso si su empleador no le solicita que utilice su licencia remunerada simultáneamente con la FMLA, usted tiene la opción de hacerlo.

La FMLA y la ADA también pueden trabajar juntos para darle tiempo libre de trabajar. Por ejemplo, si usted ha usado sus 12 semanas de licencia de la FMLA durante un período de 12 meses, puede ser elegible para tiempo libre adicional como una adaptación razonable bajo la ADA. Los casos judiciales han sugerido que el tiempo libre adicional como adaptación razonable se considerará razonable

sólo si la licencia adicional es por un período de tiempo determinado. Cuánto tiempo se considera razonable dependerá de sus responsabilidades laborales y su lugar de trabajo. La ADA sólo se aplica a empleadores privados con 15 o más empleados, así como a gobiernos estatales o locales. Si usted trabaja para un empleador más pequeño, puede estar cubierto por una ley estatal de empleo justo.

¿Qué puede esperar cuando regrese al trabajo después de una licencia de la FMLA?

Cuando regrese al trabajo después de una licencia de la FMLA, su empleador debe reincorporarlo al mismo puesto de trabajo o a otro “equivalente”. Un puesto de trabajo equivalente es aquel con las mismas responsabilidades, el mismo pago y los mismos beneficios que el puesto de trabajo original.

Su empleador puede solicitarle una certificación médica que pruebe que usted está capacitado para volver a trabajar, siempre y cuando ese requisito se aplique a cualquier empleado en una situación similar. Si, al finalizar las 12 semanas de licencia de la FMLA, usted no está capacitado para volver a trabajar, puede solicitar una licencia adicional como una adaptación razonable de acuerdo con la ADA.

Divulgación, privacidad & formularios de certificación

Decidir divulgar información sobre su diagnóstico de cáncer en el lugar de trabajo es una decisión personal y se debe tomar únicamente después de considerar seriamente diversos factores. Algunas personas están realmente convencidas de que compartir información sobre su diagnóstico en el lugar de trabajo y en otros ámbitos es la decisión correcta. Otras dudan acerca de compartir información sobre su diagnóstico por una amplia variedad de motivos. No existe una “única” respuesta a la divulgación.

- **En línea:** Las plataformas de las redes sociales y herramientas virtuales pueden ser fuentes de información y apoyo. Sin embargo, es importante que recuerde que divulgar información sobre un diagnóstico de cáncer en Internet hace que la información se vuelva pública y existen muchos empleadores que realizan búsquedas en las plataformas de las redes sociales y en Internet para buscar información sobre candidatos a un puesto de trabajo y empleados.



- **Con familiares, amigos, otras personas:** Cuando haya decidido con quiénes desea compartir la información sobre su diagnóstico, debe comunicarles sus preferencias sobre qué desea divulgar, de manera que ellos no compartan su información con otras personas en contra de su voluntad. Estas decisiones de divulgación pueden surgir cuando un miembro de la familia o un amigo quiere organizar una recaudación de fondos en línea en su nombre. Si bien el crowdfunding puede ser una herramienta útil para hacer frente a la carga financiera de un diagnóstico de cáncer, hay algunas posibles ramificaciones que todos deben considerar antes de iniciar una campaña.
- **En el trabajo:** Independientemente de que ya tenga un trabajo o esté en la búsqueda, es necesario que tome algunas decisiones sobre qué información, en caso de existir, desea divulgar en el trabajo. Tomar decisiones informadas y proactivas acerca de la divulgación es una manera de recobrar parte del control que puede sentir que perdió cuando le diagnosticaron la enfermedad.

Protecciones legales

Usted cuenta con derechos de privacidad con respecto a su información médica, y estas leyes protegen sus derechos de distintas maneras.

- **Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA):** HIPAA es una ley federal que obliga a los proveedores de atención médica

a obtener su autorización antes de brindarles información personal sobre su salud a terceros.

- **La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA):** La ADA tiene reglas específicas sobre el acceso que tiene un empleador a su información médica. Antes de recibir una oferta de empleo, los empleadores potenciales no pueden hacer preguntas sobre su afección médica o su salud general. Después de que se ha hecho una oferta de trabajo, se les permite a los empleadores hacer preguntas sobre su historial médico o hacerle completar un examen médico, pero sólo si es un requisito para todos los empleados potenciales con un puesto de trabajo similar. A los empleadores no se les permite rescindir una oferta de trabajo basada en los resultados de un examen médico, a menos que los resultados muestren que no se pueden realizar las tareas esenciales de ese trabajo, con o sin una adaptación razonable. Una vez que esté trabajando para un empleador, sólo se le puede pedir que complete un examen médico o responda a preguntas sobre su historial médico, cuando esté “relacionado con el trabajo y sea coherente con la necesidad empresarial” o si existe una “amenaza directa” (p. ej., que requiera un examen ocular para un conductor de autobús escolar).

Su empleador tiene derecho a recibir una certificación médica de su proveedor de atención médica que demuestre por qué es elegible para una adaptación razonable o una licencia de la FMLA. Sin embargo, no es necesario que su empleador tenga conocimiento sobre su diagnóstico de cáncer si no desea divulgar esa información. Si le preocupa la divulgación de su diagnóstico a su empleador, existen algunas alternativas para proteger su privacidad. Su empleador solo necesita la información necesaria para demostrar que usted es elegible para una adaptación razonable o una licencia de la FMLA. En el contexto del cáncer, generalmente son los efectos secundarios del tratamiento los que generan la necesidad de una adaptación razonable o una licencia médica, más que el diagnóstico de cáncer en sí. Por lo tanto, si solicita una adaptación razonable debido a una neuropatía o a la fatiga que sufre, puede hablar de esas afecciones médicas sin mencionar el diagnóstico de cáncer.

- **Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA):** Su empleador tiene derecho a la certificación médica de un proveedor de atención médica para demostrar que usted es elegible para la licencia FMLA. Sin embargo, su empleador no necesariamente necesita saber sobre su diagnóstico de cáncer si no desea compartir esa información.
- Los empleadores pueden comunicarse con el proveedor de atención médica que completó el formulario de certificación médica, con tal de que el encargado del empleado no sea el que se ponga en contacto con el proveedor de atención médica. Sin embargo, el empleador sólo puede pedirle al proveedor de atención médica que aclare (p. ej., ¿qué dice la segunda línea?) o que verifique (p. ej., ¿Usted firmó el formulario?) el formulario de certificación médica. El empleador no tiene derecho a información adicional que no se incluye en el formulario.

Tenga cuidado con los formularios de certificación médica creados por los empleadores, que pueden solicitar más información de la que tienen derecho, como un diagnóstico específico. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos tiene formularios modelo que se pueden utilizar como guía para saber qué información puede solicitar un empleador. Tenga en cuenta que incluso el formulario modelo pide la especialización del proveedor de atención médica que complete el formulario. Por lo tanto, si prefiere mantener confidencial su diagnóstico de cáncer, es posible que no desee que su oncólogo complete el formulario. Bajo la FMLA, hay múltiples proveedores de atención médica que pueden completar el formulario, incluyendo médicos de atención primaria o trabajadores sociales clínicos.

Para obtener recursos adicionales, visite:

[TriageCancer.org/Employment](https://www.triagecancer.org/employment)
[TriageCancer.org/Caregiving](https://www.triagecancer.org/caregiving)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Vídeos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.cancerfinances.org)**

Opciones de seguro por discapacidad

Si recibió un diagnóstico de cáncer y se está sometiendo a un tratamiento, es posible que ya no pueda trabajar y ganarse la vida de la misma manera que lo hacía antes del diagnóstico. El seguro por discapacidad puede brindarle algunos ingresos si no puede trabajar debido a su afección médica. El gobierno federal, los gobiernos de algunos estados o las compañías aseguradoras privadas ofrecen beneficios de seguros por discapacidad.

Seguro federal por discapacidad

El Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) son programas federales que les brindan asistencia económica a personas con discapacidades, y ambos están a cargo de la Administración del Seguro Social (SSA).

Para poder recibir los beneficios por discapacidad de la SSA, usted debe tener una discapacidad según la definición de discapacidad de la SSA:

- Usted no puede realizar su trabajo, **y** no puede adaptarse a un puesto de trabajo nuevo, **y** la discapacidad duró o se prevé que dure, al menos, un año o que provoque la muerte.

SSA utilizará este proceso para verificar si califica para los beneficios del SSDI:

Paso 1. ¿Está trabajando actualmente y sus ingresos mensuales alcanzan un promedio de más que el umbral de Trabajo sustancial y lucrativo (SGA, por sus siglas en inglés) de este año?

Si la respuesta es sí, no se lo considerará discapacitado para el SSDI.

Si la respuesta es no, vaya al paso 2.

Paso 2. ¿Su afección médica es “grave”?

Si la respuesta es sí, vaya al paso 3.

Si la respuesta es no, no se lo considerará discapacitado para el SSDI.

Paso 3. ¿Su afección médica se encuentra en la lista de deficiencias/afecciones incapacitantes?

Si la respuesta es sí, se lo considerará discapacitado. Si la respuesta es no, la SSA analizará la gravedad de las afecciones. Si la SSA considera que la afección es lo suficientemente grave, se lo considerará discapacitado. Si la SSA considera que la afección no es lo suficientemente grave, vaya al paso 4.

Paso 4. ¿Puede realizar el trabajo que realizaba antes?

Si la respuesta es sí, no se lo considerará discapacitado. Si la respuesta es no, vaya al paso 5.

Paso 5. ¿Puede realizar algún otro tipo de trabajo?

Si la respuesta es sí, no se lo considerará discapacitado. Si la respuesta es no, se lo considerará discapacitado.

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Puede calificar para los beneficios del SSI si tiene un nivel bajo de ingresos (el límite de ingresos puede variar), **y** tiene más de 65 años, **o** es ciego **o** “discapacitado”. El pago mensual de SSI tiene un límite. La mayoría de los estados proporcionan un pago suplementario además del pago mensual. Recibirá los pagos a partir del primer mes completo después de haber quedado incapacitado. Algunos estados proporcionan automáticamente Medicaid a las personas elegibles para SSI.

Existen circunstancias en las que puede recibir los beneficios del SSDI y del SSI al mismo tiempo.

Seguro Social por Discapacidad (SSDI)

Puede calificar para recibir los beneficios del SSDI si está “asegurado”, lo que significa que trabajó un tiempo suficiente y pagó los impuestos del Seguro Social para ganar los créditos laborales. Los créditos laborales del SSDI se basan en el total de sus salarios anuales o en su ingreso por trabajo autónomo. Puede abrir su cuenta “My SSA” (Mi SSA) en línea para llevar un registro de sus créditos en ssa.gov/myaccount.

■ **SSDI basado en su propio historial de ganancias.**

Para los adultos menores de 31 años, usted está “asegurado” si:

- Menores de 24 años – debe tener 6 créditos obtenidos en el período de 3 años que finaliza cuando comienza su discapacidad.
- De 24 a 31 años – en general, debe haber trabajado la mitad del tiempo entre los 21 años y el momento en que comienza su discapacidad.
 - P. ej., si su discapacidad comienza a los 27 años, necesita 12 créditos en los últimos 6 años (entre las edades de 21 y 27 años)
- Edad de 31 años o más – en general, necesita 20 créditos en los últimos 10 años inmediatamente antes de que comience su discapacidad.

■ **SSDI basado en el historial de ganancias de un padre.**

Usted puede calificar para un beneficio de “hijo”, si usted es un adulto con una discapacidad que comenzó antes de los 22 años, y uno de los padres:

- Está recibiendo la jubilación o los beneficios por discapacidad del Seguro Social, o
- Ha fallecido y ha trabajado lo suficiente como para calificar para los beneficios de jubilación del Seguro Social

Se llama un beneficio de “hijo” porque se paga en el registro de ganancias del Seguro Social de los padres. Los beneficios de “hijo” para adultos discapacitados de SSDI continúan mientras usted tenga una discapacidad, aunque su elegibilidad para este beneficio puede verse afectada si se casa.

Su beneficio mensual de SSDI es proporcional a su historial de ingresos, pero está limitado a una cierta cantidad cada año. Recibirá un seguro de salud a través de Medicare después de haber recibido los beneficios de SSDI por 2 años.

¿Puede recibir pagos de devolución, pagos retroactivos o pagos anticipados?

El proceso de aprobación del SSDI y la SSI puede demorar varios meses. Para compensar el tiempo que toma la aprobación de la solicitud de la SSI o el SSDI, la SSA hace pagos de devolución, que cubren el período entre la fecha de solicitud y el de la aprobación.



La SSA también entiende que las personas posiblemente envían la solicitud después de haber comenzado su discapacidad, por lo que también proporciona pagos retroactivos para el SSDI. Los pagos retroactivos cubren hasta 12 meses desde la fecha de la solicitud hasta la fecha de comienzo de la discapacidad, después de un período de espera de 5 meses.

¿Debe pagar impuestos por los beneficios por discapacidad del Seguro Social?

En general, los pagos de la SSI están libres de impuestos. Usted puede ser responsable de pagar los impuestos federales y estatales sobre la renta sobre los beneficios de SSDI, dependiendo del nivel total de ingresos de su hogar.

¿Puede recibir el SSDI y un seguro privado por discapacidad a largo plazo?

Si tiene una póliza de seguro privada por discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés), ya sea que la compró directamente de una compañía de seguros o accedió a esta mediante un empleador, es posible que la póliza le exija que solicite también el SSDI. En general, la póliza de LTD comenzará a pagarle los beneficios sin un período de espera y antes de que la SSA decida si es elegible para el SSDI. Si se le niegan los beneficios del SSDI, la compañía de LTD puede ofrecerle ayuda para el proceso de apelación, incluso contratar a un abogado.

Si califica para el SSDI, puede ser elegible para pagos de devolución o retroactivos. Si una póliza de LTD le pagó beneficios durante los mismos meses de los pagos de devolución o retroactivos del SSDI, es posible que la póliza de LTD le requiera que devuelva los pagos correspondientes a esos meses. Por lo tanto, es importante que espere para saber si deberá devolver los pagos a su póliza de LTD antes de gastar los pagos de devolución o retroactivos del SSDI.

Es posible recibir beneficios del SSDI y de una póliza privada de LTD. Sin embargo, el monto que reciba de la póliza privada será prorrateado. Por ejemplo, si su póliza de LTD paga el 80% de su salario y el monto que recibe del SSDI es solamente el 60% de su salario; en adelante, el SSDI le pagará el 60% de su salario y la póliza de LTD le pagará el 20%.

¿Puede solicitar los beneficios por discapacidad del Seguro Social y seguro por desempleo?

Por lo general, no podrá ser elegible para los beneficios por discapacidad del Seguro Social al mismo tiempo que para los beneficios de seguro por desempleo. Los programas de desempleo de cada estado requieren que la persona certifique que puede trabajar y que está buscando empleo de manera activa, mientras que el requisito de la SSA es que la persona no pueda trabajar debido a una afección médica. Sin embargo, hay excepciones limitadas por las cuales puede recibir ambos:

- Si está buscando empleo, pero el tipo de empleo es limitado debido a su discapacidad y le pagarán menos que el umbral de Trabajo sustancial y lucrativo (SGA, por sus siglas en inglés), es posible que pueda obtener los beneficios del SSDI y de desempleo.
- Si cobra el beneficio de desempleo y luego pasa a tener una discapacidad, puede seguir cobrando el beneficio de desempleo mientras solicita el SSDI.
- Si recibe el SSDI, comienza a trabajar gracias al programa Ticket to Work por un mínimo de seis meses y luego lo despiden, es posible que tenga derecho a cobrar los beneficios de desempleo mientras recibe el SSDI.

¿Existen programas para ayudarlo a volver a trabajar?

Algunas personas que reciben el SSDI o la SSI están preocupadas por volver a trabajar, pero no ser capaces de trabajar con la misma capacidad que antes del diagnóstico de cáncer, y sobre cómo esto puede afectar sus beneficios por discapacidad y de seguro médico. Afortunadamente, la SSA tiene programas que lo ayudan a volver a trabajar y protegen su acceso a los beneficios por discapacidad y los programas del seguro médico relacionados con esos beneficios. Estos programas se conocen como “incentivos laborales” y varían en función de si recibe la SSI o el SSDI. Los programas incluyen un período de prueba de regreso al empleo, rehabilitación vocacional y el programa Ticket to Work.

¿Debe informar los cambios a la SSA?

Si recibe el SSDI o la SSI, usted es responsable de informar cualquier cambio en su situación a la SSA en cuanto sea posible y como máximo a los diez días de finalizado el mes en el que ocurrió el cambio. Los tipos de cambio que debe informar a la SSA incluyen cambios en su situación laboral, cantidad de integrantes en la familia, dirección, estado inmigratorio, ingreso, estado civil o de salud. Si no informa los cambios a tiempo, podría provocar el pago insuficiente o el pago en exceso (el cual debe devolverse junto con una multa); o la SSA podría retener los pagos durante hasta 12 meses.

¿Qué sucede si se rechaza su solicitud para el SSDI o el SSI?

Muchas solicitudes son rechazadas inicialmente. Usted puede apelar la denegación, pero asegúrese de seguir las instrucciones y fechas límites para apelar. Consulte a su equipo de atención médica para juntar información para su apelación.

En el proceso de apelaciones, existen 4 niveles:

- **Solicitud de reconsideración:** revisión completa de su reclamo realizada por un agente del Seguro Social que no participó en la primera decisión. Los siguientes estados omiten este nivel: Alabama, Alaska, California (únicamente norte/oeste de Los Angeles), Colorado, Louisiana, Michigan, Missouri, Nueva Hampshire, Nueva York, y Pennsylvania.

- **Audiencia con un juez de Derecho Administrativo (ALJ):** la audiencia será llevada a cabo por un juez de Derecho Administrativo y, generalmente, se realiza dentro de las 75 millas de su hogar.

- **Revisión del Consejo de Apelaciones:** el Consejo de Apelaciones puede rechazar una solicitud si considera que la decisión de la audiencia con el juez de Derecho Administrativo fue correcta.

- **Revisión de un tribunal federal:** si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones o si el Consejo de Apelaciones decide no revisar su caso, usted puede presentar una demanda judicial ante un tribunal federal de distrito.

Seguro estatal por discapacidad

California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York, Puerto Rico y Rhode Island ofrecen programas de discapacidad a corto plazo que duran entre seis y doce meses. Es posible que pueda recibir el SSDI y el beneficio estatal por discapacidad, pero debe verificar si existen limitaciones en su estado.

Para obtener más información sobre programas de seguro estatal por discapacidad:

- California: (800) 480-3287 or www.edd.ca.gov
- Hawái: (808) 586-9188 or www.labor.hawaii.gov/dcd/home/about-tdi
- Nueva Jersey: (609) 292-7060 or www.nj.gov/labor
- Nueva York: (800) 353-3092 or www.wcb.ny.gov
- Puerto Rico: (787) 754-5353 or www.trabajo.pr.gov
- Rhode Island: (401) 462-8420 or www.dlt.ri.gov/tdi

Seguro por discapacidad privado

También puede adquirir un seguro por discapacidad a corto o largo plazo directamente de una compañía de seguro privada. Además, su empleador puede ofrecerle un seguro por discapacidad privado como un beneficio para los empleados.

Ejemplo: máximo que paga de su bolsillo

Mark tuvo un accidente. Acudió a la sala de emergencia y luego permaneció una semana en un hospital que está dentro de la red del plan. Mark recibió una factura del hospital por \$102,000. Su plan de seguro médico tiene un copago para sala de emergencia de \$250, un deducible de \$2,000, un coseguro de 80/20 y un máximo que paga de su bolsillo de \$4,000. ¿Cuánto es lo que Mark debe pagar en realidad?

- Mark paga el copago de \$250 en el momento de su visita a la sala de emergencia, lo que deja un saldo de \$101,750.
- Luego, debe pagar el resto de su deducible de \$2,000 ($\$2,000 - \$250 = \$1,750$), lo que deja un saldo de \$100,000.
- Más tarde, la aseguradora pagará el 80% de la factura y Mark será responsable del 20% de \$100,000, que es \$20,000.

Pero el máximo que paga de su bolsillo de su plan es de \$4,000. Dado que ya pagó su deducible de \$2,000, Mark solamente deberá pagar \$2,000 para alcanzar el máximo que paga de su bolsillo de \$4,000, mientras que la compañía de seguros pagará el resto.



Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/DisabilityInsurance](https://www.triagecancer.org/DisabilityInsurance)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.cancerfinances.org)**

Información básica sobre el seguro médico

Los seguros médicos pueden ser desconcertantes. Para comprender sus opciones y encontrar una cobertura adecuada para usted, hay información básica sobre los seguros médicos que es útil conocer.

Tipos de planes de seguros médicos:

Hay dos sistemas principales de pago cuando recibe atención médica:

- **Pago por servicio:** el proveedor de atención médica recibe un pago por cada servicio prestado. Con estos planes, puede consultar a cualquier proveedor que tenga disponibilidad para atenderlo. Usted paga una parte de la atención y la aseguradora paga el resto.

- **Atención administrada:** proveedores de atención médica que tienen un contrato con la compañía de seguro médico para ser parte de su red. Si consulta a un proveedor dentro de la red, el proveedor ha acordado tarifas de pago específicas para atenderlo (es decir, un monto aprobado). Sin importar el monto facturado por el proveedor, el “monto aprobado” es lo que determinará el costo final. Por lo general, usted paga una parte del monto aprobado, según su plan.

Tipos comunes de planes de atención administrada:

- **Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** sus servicios de atención médica comienzan con su médico de atención primaria, y suele necesitarse una remisión para consultar a otros proveedores de atención médica, excepto en una emergencia. Por ejemplo, si tiene un sarpullido, primero debe consultar a su médico de atención primaria. Si es necesario, ese médico lo remitirá a un dermatólogo de nuestra red. Generalmente, las HMO tienen redes más pequeñas de proveedores, y no brindarán cobertura para proveedores fuera de la red. Aunque tenga menos opciones de proveedores, el costo de las HMO suele ser más bajo.

Ejemplo: Costo de medicamentos con receta

Plan de Noah:

- Deducible = \$1,000
- Copago = \$50
- Coseguro = 70/30 plan
- Máximo que paga de su bolsillo = \$1,500

Si Noah tiene una receta para un medicamento con un costo de \$10,000, ¿cuánto debe pagar?

- Su copago de \$50: $\$10,000 - \$50 = \$9,950$ de saldo
- Su deducible restante de \$950: $\$9,950 - \$950 = \$9,000$ de saldo
- Su coseguro del 30%: el 30% de \$9,000, que equivale a \$2,700

Pero el máximo que paga de su bolsillo es solamente de \$1,500. Por lo tanto, luego de pagar el copago de \$50 y el saldo de \$950 del deducible, ya pagó \$1,000 de su bolsillo y solamente debe pagar otros \$500 del monto del coseguro de \$2,700 para alcanzar el máximo que paga de su bolsillo de \$1,500. Su plan se hará cargo del resto de los costos.

- ¿Qué debe pagar Noah el mes siguiente por su receta? \$0

- **Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO):** en general, no es necesario que consulte primero a su médico de atención primaria. Comúnmente, las EPO incluyen redes de proveedores más grandes que las HMO, pero no pagan por ningún servicio obtenido fuera de la red.

- **Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO):** Estos planes tienen la red más grande de proveedores y, en general, no es necesario que consulte primero a su médico de atención primaria. Aunque la mayoría de las PPO brinda cierto grado de cobertura fuera de la red, permanecer dentro de la red implica que los costos que paga de su bolsillo serán más bajos. Las PPO suelen tener un costo más alto que las HMO, pero le otorgan más opciones y control.

Al elegir un plan, debe tener en cuenta sus necesidades personales y las opciones disponibles en su área.

Términos del seguro médico

Hay otros términos relacionados con el seguro médico que debe comprender. Primero hay los costos que paga por la cobertura.

- **Prima mensual:** lo que paga por mes por su cobertura. Usted paga estos costos incluso si no recibe atención médica. Se asemeja a pagar el seguro del auto durante todo el año, pero no presentar nunca un reclamo.

También hay costos que debe pagar cuando reciba atención médica, llamados con frecuencia “costos que paga de su bolsillo.” El monto específico de estos costos dependerá de su plan.

- **Deducible anual:** el monto que tiene que pagar de su bolsillo anualmente antes de que su póliza de seguro entre en vigencia. Este monto fijo en dólares puede ir de \$500 a \$5,000. Algunos planes tienen un deducible de \$0.
- **Copago:** un monto fijo en dólares que paga cuando recibe atención médica. Por ejemplo, cuando asiste al consultorio del médico, puede tener un copago de \$20. Si asiste a una consulta con un especialista, puede tener un copago de \$40. Por lo general, el copago se paga en el momento de recibir la atención.

- **Coseguro (conocido como costo compartido):** una diferencia porcentual entre lo que paga la compañía de seguros por sus gastos médicos y lo que usted paga. Por ejemplo, si tiene un plan 80/20, la compañía de seguros paga el 80% de sus gastos médicos y usted es responsable del 20% de sus gastos médicos.
- **Máximo que paga de su bolsillo:** un monto fijo en dólares que es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus gastos médicos durante el año. El máximo que paga de su bolsillo dependerá de su plan. Es muy importante averiguarlo. En general, usted alcanza el máximo que paga de su bolsillo con el deducible, más los copagos que tenga durante el año, además de los pagos de coseguro. Por lo tanto, es todo lo que paga, excepto las primas mensuales. Cuando alcanza el máximo que paga de su bolsillo, la aseguradora paga el 100% de sus gastos médicos durante el resto del año. La mayoría de las compañías de seguro solamente considera los gastos como parte del máximo que paga de su bolsillo si son de proveedores de la red. Además, algunos planes patrocinados por el empleador pueden quitar gastos del máximo que paga de su bolsillo (p. ej., los copagos no se consideran parte del máximo que paga de su bolsillo).

Términos sobre los medicamentos con receta

Hay otros términos que le serán útiles para entender la cobertura de medicamentos con receta:

- **Medicamentos de marca:** un medicamento con receta con un nombre específico de la compañía que lo vende. En algún momento, por lo general, luego de que una patente se venza, puede estar disponible una versión genérica del medicamento que otras compañías pueden comercializar.
- **Medicamentos genéricos:** un medicamento con receta que contiene la misma sustancia química que el medicamento de marca.
- **Medicamentos especializados:** medicamentos con receta que tienen un costo alto, son de alta complejidad o que deben personalizarse. Muchos de los medicamentos para el cáncer se consideran medicamentos especializados.

- **Formulario:** una lista de medicamentos con receta que un plan médico cubrirá y los montos cubiertos. Entender y usar los formularios de un plan le ayudará a ahorrar dinero en los medicamentos. Algunos planes tienen formularios con dos o más niveles de costos, conocidos como niveles. Un medicamento en un nivel superior tendrá costos que paga de su bolsillo más altos. El nivel más alto en la mayoría de los formularios es el nivel de “especialidad”, que incluye muchos medicamentos para el cáncer. Los montos de copago y coseguro dependerán del nivel del medicamento con receta que tome. Por ejemplo, un medicamento del nivel 1 puede tener un copago de \$10, mientras que un medicamento especializado del nivel 5 puede tener un coseguro del 30%.
- **Tratamiento escalonado:** cuando una compañía de seguros requiere que los pacientes prueben un medicamento genérico o de costo más bajo antes de obtener un medicamento de marca o más costoso. Si el medicamento de costo más bajo no es eficaz o le provoca una reacción adversa, el paciente tendría permiso para “avanzar” a otro medicamento. Si su compañía de seguros utiliza el tratamiento escalonado, es importante trabajar con su equipo de atención médica para demostrar que un medicamento específico es necesario médicamente en su caso y el motivo por el cual la compañía debería hacer una excepción en su proceso.

En general, si un medicamento no aparece en el formulario, la compañía de seguros no lo cubrirá. Sin embargo, puede completar una apelación llamada “solicitud de excepción” sobre la base de una necesidad médica. Existen distintos tipos de solicitudes de excepción:

- **Excepción de medicamento no incluido en el formulario:** una solicitud de cobertura para un medicamento que no figura en el formulario.
- **Excepción de nivel:** una solicitud para considerar un medicamento como si fuera de un nivel más bajo y, de esta forma, reducir los costos que paga de su bolsillo.

- **Excepción de marca:** una solicitud para cubrir un medicamento de marca de costo más alto, incluso si hay un medicamento genérico disponible.

Aspectos para tener en cuenta al elegir un plan de seguro médico:

Encontrar el plan de seguro médico adecuado puede resultar abrumador. Hay algunos puntos clave que se deben tener en cuenta al elegir un plan de seguro médico:

- ¿Cuál será el costo exacto del plan?
- ¿Mis proveedores y centros de atención médica están incluidos en la red del plan?
- ¿El plan cubre mis medicamentos con receta y las farmacias que uso?

Cuando se comparan los planes, puede ser tentador elegir directamente el que tenga la prima mensual más baja. Sin embargo, para calcular el costo total del año, incluidos los gastos que paga de su bolsillo, es necesario hacer algunas cuentas:

$$\text{(Prima mensual del plan x 12 meses) + Máximo que paga de su bolsillo del plan = Costo total anual}$$

Elegir un plan de seguro médico no es una actividad que se haga una sola vez. Usted debe revisar sus opciones cada año para asegurarse de que su plan satisface sus necesidades. Un plan que satisfizo sus necesidades en el pasado puede no satisfacer sus necesidades en el futuro a medida que su salud cambia con el tiempo. La inscripción abierta es la época del año en que las personas pueden cambiar de plan sin penalidad. Las fechas de inscripción abierta dependerán del tipo de cobertura de seguro médico que tenga. Por ejemplo, si tiene un plan patrocinado por el empleador, variará, pero muchos empleadores tienen inscripción abierta en el otoño y el plan comienza el 1 de enero.

Opciones de seguros médicos

Las opciones de seguros médicos disponibles para usted dependen de donde vive, su edad, su empleo, su nivel de ingresos, y una serie de otros factores.



- Aunque aproximadamente la mitad de los estadounidenses obtienen seguro médico a través del trabajo, muchos empleos de nivel inicial no ofrecen seguro médico.
- Las personas menores de 26 años pueden ser elegibles para inscribirse, seguir participando o volver a afiliarse al plan de seguro médico grupal de un padre, incluso si está casado o ya no vive con sus padres.

A continuación se presentan algunas de las opciones principales para la cobertura de seguro médico para los jóvenes.

Mercados de seguro médico

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA) creó los mercados de seguros médicos estatales como una nueva forma de encontrar y comprar cobertura de seguro médico privado para individuos y familias. Originalmente denominaron “intercambios,” el término “mercados” se refiere al lugar donde usted puede encontrar opciones de seguro médico ofrecidas por compañías de seguros privadas. Estos mercados se han comparado con un centro comercial de seguros. Los mercados para la mayoría de los estados son operados por el gobierno federal en HealthCare.gov. Algunos estados tienen sus propios mercados.

Hay beneficios significativos al elegir cobertura a través del mercado.

■ **Topede gastomáximode bolsillo:** Hay un tope sobre el gasto máximo de bolsillo para los planes vendidos a través del mercado, que es frecuentemente más bajo que los de algunos planes patrocinados por el empleador. Además, los gastos máximos de bolsillo de los planes del mercado deben incluir todo lo que usted gaste en los deducibles, copagos, y coseguro para los proveedores dentro de la red.

■ **Planes estandarizados:** Los planes vendidos a través del mercado están estandarizados por su nivel de costos compartidos:

- **Los planes bronce** tienen un costo compartido de 60/40, lo que significa que la compañía de seguros privada paga por el 60% de sus gastos médicos y usted es responsable de pagar el 40% de sus gastos médicos. Por lo general, los planes bronce tienen las primas mensuales más bajas, pero gastos de bolsillos más altos.
- **Los planes plata** tienen un costo compartido de 70/30.
- **Los planes oro** tienen un costo compartido de 80/20.
- **Los planes platino** tienen un costo compartido de 90/10, con las primas mensuales más altas, pero los gastos de bolsillo más bajos.

■ **Asistencia financiera:** En base a su nivel de ingresos familiares, usted puede calificar para una o ambas formas de asistencia financiera. Usted puede recibir “créditos fiscales para primas”, que reducen su prima mensual en base al plan que usted eligió. Y los “subsidijs para costos compartidos” pueden reducir las cantidades de copago, deducibles, y las cantidades de coseguro.

El período de inscripción abierta para el Mercado suele ser del 1 de noviembre al 15 de diciembre, para los planes que comienzan el 1 de enero. Los estados que tienen sus propios mercados pueden tener períodos de inscripción abierta que duran más tiempo.

Si usted pierde su cobertura o tiene un evento que cambia la vida, puede calificar para inscribirse durante un período especial de inscripción. Puede inscribirse en un plan del Mercado a través de un período de inscripción especial de 60 días por motivos que incluyen:

- Pérdida del seguro de salud (incluyendo el seguro de salud patrocinado por el empleador; fin de COBRA; o pérdida de elegibilidad para Medicaid, Medicare o el Programa de Seguro de Salud para Niños).
- Pérdida de cobertura a través de un pariente.

Ejemplo: Escoger un plan

- *Plan A* es un HMO con una prima mensual de \$25, un deducible anual de \$2,500, un coseguro de 70/30 y un máximo que paga de su bolsillo de \$7,000.
- *Plan B* es un PPO con una prima mensual de \$100, un deducible anual de \$1,500, un coseguro de 80/20 y un máximo que paga de su bolsillo de \$4,000.

A primera vista, puede parecer que el Plan A es menos costoso debido a su baja prima mensual. Pero tienes que hacer los cálculos!

- *Plan A:* (\$25 prima x 12 meses = \$300) + máximo que paga de su bolsillo de \$7,000 = Costo total de \$7,300.
- *Plan B:* (\$100 prima x 12 meses = \$1,200) + máximo que paga de su bolsillo de \$4,000 = Costo total de \$5,200.

Después de hacer los cálculos, el Plan B es en realidad el plan más asequible si sus gastos médicos alcanzan el máximo que paga de su bolsillo.

- Cambio de dirección (p. ej., mudarse a un nuevo código postal o condado).
- Mudarse para asistir a la universidad o volver de la universidad.
- Cambios en el hogar.
- Matrimonio (elija el plan por el último día del mes y la cobertura comenzará el primer día del próximo mes).
- Nacimiento de un bebé, adopción de un niño o colocación de un niño en cuidado de crianza temporal (la cobertura comienza el día del evento, incluso si se inscribe en el plan hasta 60 días después).
- Divorcio o separación legal (si esto resulta en la pérdida del seguro de salud)
- Muerte de alguien cubierto por su plan del Mercado.

Si pierde la cobertura patrocinada por el empleador, puede tener varias opciones para la cobertura de seguro médico integral, incluso si tiene una afección médica preexistente como el cáncer. Estas opciones incluyen un plan del Mercado, COBRA, otro plan de salud grupal, Medicaid, o Medicare. Debido a que usted puede ser elegible para más de una de estas opciones, es importante comparar sus opciones para determinar cuál plan es el mejor para usted.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) es una ley federal que les permite a las personas elegibles conservar la cobertura del seguro médico actual que patrocina el empleador después de experimentar un “evento calificado”. **Tabla 1** muestra un listado de los eventos calificados que le pueden dar derecho a recibir la cobertura continua de COBRA y el tiempo máximo por el que puede conservar su plan.

COBRA se aplica a empleadores privados con 20 empleados o más, o a los gobiernos estatales o locales. Los empleados federales tienen protecciones similares bajo una ley diferente. Muchos estados también tienen una Ley COBRA estatal que cubre a los empleadores con entre 2 a 19 empleados.

Uno de los principales obstáculos de la cobertura de COBRA es el costo. Por lo general, usted paga el 100% de lo que su empleador pagaba por su cobertura, más un posible gasto administrativo del 2% (lo que hace un total del 102%). Sin embargo, existen algunos beneficios a la hora de elegir COBRA. Por ejemplo, si se encuentra en medio de un tratamiento, con la cobertura de COBRA, no tendrá que buscar un plan de seguro nuevo que tenga la misma cobertura para sus médicos, hospitales y medicamentos con receta. Además, si ya ha alcanzado el costo máximo que paga de su bolsillo o el deducible del año, puede ser menos costoso pagar las primas más altas de COBRA y no tener que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año. Debe hacer las cuentas para averiguar qué opción es menos costosa.

TABLA 1. Eventos calificados para la cobertura COBRA

Evento calificado para COBRA	Máximo de cobertura COBRA *
Finalización del empleo o reducción de horas	18 meses
Pérdida del estado de hijo dependiente (es decir, al cumplir 26 años)	36 meses
El empleado cubierto se inscribe en Medicare	36 meses
Divorcio o separación legal del empleado cubierto	36 meses
Muerte del empleado cubierto	36 meses

*Hay dos ocasiones en las que puede ampliar la cobertura de COBRA. También hay algunas ocasiones en las que la cobertura de COBRA puede finalizar antes de tiempo, como cuando un empleador deja de ofrecer cobertura del seguro médico a todos los empleados o cuando un empleador cierre su negocio.

Se le exige que elija COBRA dentro de los 60 días de su evento calificado. Si espera hasta el día 59, tendrá que pagar las primas de los dos meses anteriores, pero cualquier atención médica que haya recibido durante ese tiempo será pagada por su plan COBRA. Si necesita ayuda financiera para pagar las primas de COBRA, el Programa del Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) puede ayudarlo. Si usted califica para Medicaid, pero tiene acceso a un plan de grupo mediante un empleador (p. ej.: COBRA), Medicaid puede pagar su prima mensual para el plan grupal.

Otro plan de salud grupal

Puede ser elegible para un período de inscripción especial para cambiarse a un plan grupal que esté disponible para usted mediante otro trabajo que pueda tener, el plan grupal de su cónyuge, o si usted es menor de 26 años, puede cambiarse al plan grupal de uno de sus padres. Consulte el plan del otro empleador para conocer las reglas adicionales.

Medicaid

Puede ser elegible para Medicaid en su estado. Medicaid es un programa de seguro médico federal que ofrece cobertura a personas con un nivel bajo de ingresos.

Si usted vive en un estado que amplió su programa de Medicaid conforme a la ley ACA y tiene un ingreso familiar inferior al 138% del nivel federal de pobreza (FPL, por su siglas en inglés), puede ser elegible para Medicaid. Si vive en un estado que no ha ampliado Medicaid, la elegibilidad se basa en tener un nivel bajo de ingresos, un nivel bajo de recursos (p. ej.: activos) y cumplir con otra categoría de elegibilidad, como recibir la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Actualmente, 39 estados y Washington, D.C., han ampliado sus programas, y 11 estados no lo han hecho. Las solicitudes de Medicaid se aceptan durante todo el año.

TABLA 2. Beneficios disponibles por ingresos familiares en estados con cobertura ampliada de Medicaid

Beneficios disponibles por FPL			
100% FPL	138% FPL	250% FPL	400% FPL
	Subsidios de costo compartido (Solo planes de categoría plata) → → →		
Medicaid → →	Créditos fiscales prémium → → → → → →		

FPL, nivel federal de pobreza.

TABLA 3. Beneficios disponibles por ingresos familiares en estados sin cobertura ampliada de Medicaid

Beneficios disponibles por FPL			
100% FPL	138% FPL	250% FPL	400% FPL
	Subsidios de costo compartido (Solo planes de categoría plata) → → → → → →		
Medicaid → →	Créditos fiscales prémium → → → → → →		

FPL, nivel federal de pobreza.

Calificar para la cobertura de Medicaid según el nivel de ingresos

Si usted vive en un estado (o Washington, D.C.) **con cobertura ampliada de Medicaid**, y los ingresos de su hogar son:

- Hasta el 138% del nivel federal de pobreza (FPL): Usted tiene acceso a Medicaid.
- Entre 138% y 250% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas del mercado y subsidios de costos compartidos (si elige un plan de seguro de salud de la categoría Plata).
- Entre 250% y 400% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas del mercado.
- Por encima del 400% del FPL: Usted puede comprar un plan de mercado, pero usted no califica para asistencia financiera en la mayoría de los estados. Algunos estados proporcionan asistencia adicional. Por ejemplo, en California, usted puede calificar para créditos fiscales para primas hasta un 600% del FPL.

Si usted vive en un estado **sin cobertura ampliada de Medicaid**, y los ingresos de su hogar son:

- Entre 100% y 138% del FPL: Tiene acceso a subsidios de costos compartidos del Mercado (solo para planes de la categoría Plata).
- Entre el 138% y el 250% del FPL: Usted tiene acceso a créditos fiscales para primas del Mercado y subsidios de costo compartido (si elige un plan de seguro médico de la categoría Plata).
- Entre el 250% y el 400% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas del Mercado.
- Por encima del 400% del FPL: Puede comprar un plan del mercado, pero usted no califica para la asistencia financiera.

Nota: Bajo la Ley del Plan de Rescate Americano, si los ingresos de su hogar están por encima del 400% de FPL, usted puede calificar para créditos fiscales sobre primas del mercado para reducir sus costos de seguro médico al 8.5% de sus ingresos

familiares. Este beneficio adicional caducará el 31 de diciembre de 2025.

Tenga en cuenta que los números FPL para el año actual se utilizan para determinar la elegibilidad de Medicaid. Los números FPL de los años anteriores se utilizan para determinar la asistencia financiera del Mercado. Consulte la **Tabla 2** y la **Tabla 3** para determinar los beneficios disponibles.

Medicare

Medicare es un programa de seguros médicos del gobierno. Para ser elegible, usted debe tener más de 65 años, haber recibido el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante más de 24 meses o tener un diagnóstico de insuficiencia renal terminal (IRT) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Actualmente hay alrededor de 62 millones de estadounidenses inscritos en Medicare.

La cobertura de Medicare se divide en 4 partes:

- **Parte A: Seguro hospitalario.** Incluye atención hospitalaria, centros de atención de enfermería especializada, residencias de ancianos, cuidado paliativo y atención médica a domicilio.
- **Parte B: Seguro médico.** Incluye servicios ambulatorios, atención preventiva, análisis de laboratorio, atención de salud mental, servicios de ambulancia y equipo médico duradero.
- **Parte D: Cobertura para medicamentos con receta.** Los planes tienen opciones dependiendo de donde usted viva, con primas y formularios ofrecidos por compañías de seguros privadas.
- **Parte C: planes Advantage.** La Parte C es una alternativa a las Partes A y B, e incluye los beneficios y servicios cubiertos por las Partes A y B, y generalmente la Parte D. Los planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare.

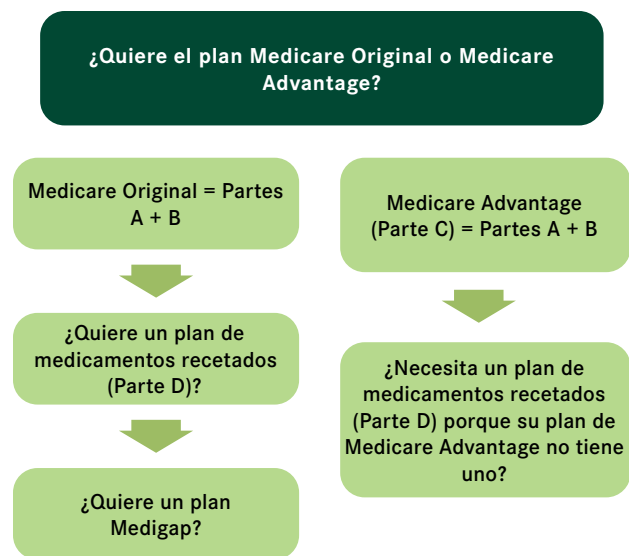
La Parte A y la Parte B se conocen como Medicare Original.

Costos de Medicare

- **Parte A:** si durante su vida laboral ha realizado pagos a Medicare, la prima mensual es gratuita. Si no aportó al sistema, pagará una prima mensual. Hay un deducible anual. También puede ser responsable de pagar el monto del costo compartido según la cantidad de días de hospitalización.
- **Parte B:** Hay un deducible anual más una prima mensual de la Parte B que se basa en sus ingresos. El costo compartido para la cobertura de la Parte B es 80/20, lo que significa que una vez que haya pagado su deducible, Medicare cubrirá el 80% de los costos de su atención médica y usted será responsable del 20% restante. Con la cobertura de la Parte B, no hay un costo máximo que paga de su bolsillo. Si se inscribe tarde en la Parte B, habrá una multa del 10% por cada año que espere para inscribirse. (Por ejemplo, el período de inscripción inicial de Phil finalizó el 1 de diciembre de 2019, pero esperó hasta el 1 de diciembre de 2021 para inscribirse en la Parte B. Entonces, la multa de la Parte B es del 20%). Es posible que también deba esperar hasta el período de inscripción abierta.
- **Parte C:** Las primas para este plan son, como mínimo, las mismas que la Parte B, pero varían de acuerdo con el plan que elija. Los deducibles, el costo compartido, y el costo máximo que paga de su bolsillo variarán.
- **Parte D:** Las primas de la cobertura para medicamentos con receta varían según el plan y son más altas para aquellos con niveles de ingresos más altos. Después de pagar el deducible, Medicare paga 75% de sus medicamentos de marca y genéricos y usted paga 25%, hasta que alcance una cierta cantidad en el costo total de los medicamentos que paga de su bolsillo. Luego, usted ingresa a la “cobertura catastrófica,” y Medicare paga 95% de sus costos de medicamentos. A partir de 2024, Medicare pagará el 100% una vez que ingrese a la cobertura catastrófica. Y, en 2025, habrá un límite de \$2,000 en los costos que paga de su bolsillo bajo la Parte D de Medicare. Si no se inscribe en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez, pagará una multa por inscripción tardía por vida.

Planes Medigap

Un plan Medigap es un plan de seguro complementario que ayudará a pagar los montos de los deducibles, copagos y costos compartidos. Los planes están clasificados de la A a la N, y cada plan con la misma letra debe ofrecer los mismos beneficios básicos. Las primas y los deducibles variarán con cada plan. Si eligió Medicare Original (Partes A y B), hay un 20 % del monto de costo compartido, entonces, un plan Medigap puede ayudar a pagar ese gasto. Si usted tiene Medicare Parte C, no es elegible para comprar un plan Medigap.



Programas de Ahorros de Medicare

Puede calificar para uno de los cuatro Programas de Ahorros de Medicare. Cada programa tiene diferentes límites de ingresos y recursos, y brinda diferentes niveles de ayuda.

- **Programa para Beneficiarios Calificados (QMB) de Medicare:** Este programa tiene los límites de ingresos más bajos, pero cubre la mayor parte de los costos que paga de su bolsillo. Ayuda a pagar las primas de la Parte A, las primas de la Parte B, los deducibles, el coseguro y los copagos.
- **Programa para Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** Este programa solo ayuda a pagar las primas de la Parte B, pero tiene unos límites de ingresos individuales y de parejas casadas ligeramente más altos que el programa QMB.

Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

• **Programa para Individuos Calificados (QI):**

Para calificar para el programa QI, debe solicitarlo todos los años. Las solicitudes se aprueban por orden de llegada, pero se da prioridad a las personas que recibieron beneficios en el año anterior. Si califica para Medicaid, no puede calificar para este programa. Este programa tiene límites de ingresos mensuales más altos que los programas SLMB y QMB. Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

• **Programa para Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI):**

Este programa acepta a los solicitantes que trabajan, están discapacitados y son menores de 65 años; han perdido su Parte A sin primas después de regresar al trabajo; no están recibiendo asistencia médica de su estado y cumplen los límites de ingresos y recursos de su estado. Este programa tiene límites de ingresos más altos que otros programas, pero límites de recursos más bajos. Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

El **Programa de Ayuda Adicional** ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro. La Ayuda Adicional también se conoce como el subsidio por bajos ingresos. Si califica para los programas SLMB o QI, automáticamente califica para la Ayuda Adicional. Además, es posible que usted pueda recibir Medicare y Medicaid, dependiendo de sus ingresos y recursos.

Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/HealthInsurance](https://www.triagecancer.org/healthinsurance)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.cancerfinances.org)**

Acceso a los expedientes médicos

Es importante para todos tener una copia completa de sus expedientes médicos. Tener una copia de sus expedientes le ayuda a garantizar que la información es correcta, coordinar la atención de manera más eficiente entre los diferentes proveedores de atención médica,

compartirlos con familiares y cuidadores, y apelar los denegaciones de cobertura del seguro médico.

¿Cuándo puedo solicitar mis expedientes médicos?

HIPAA es una ley federal que le otorga el derecho de recibir, examinar y revisar las copias de sus expedientes médicos y los registros de facturación de los planes médicos y los proveedores de atención médica abarcados por la HIPAA. Usted puede solicitar una copia de sus expedientes médicos de su proveedor de atención médica y/o plan médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Un proveedor de atención médica no puede retener el acceso a sus expedientes médicos, incluso si usted tiene una factura médica pendiente. Bajo HIPAA, los proveedores deben proporcionar al paciente una copia de sus expedientes médicos dentro de los 30 días de su solicitud, o 60 días si los expedientes se guardan fuera del sitio. Si el proveedor no puede responder ni proporcionar los registros dentro de este período de tiempo, puede utilizar una extensión de 30 días.

¿Cuál es el costo por solicitar una copia de mis expedientes médicos?

HIPAA le permite a los proveedores cobrar cargos razonables basados en el costo relacionado con el suministro de una copia de sus expedientes médicos (incluidos el costo de los suministros, la mano de obra y el franqueo). Usted no debe pagar este cargo si otra persona solicita sus expedientes médicos. No se permite aplicar cargos por página si los expedientes se almacenan en medios electrónicos. Nota: Algunas leyes estatales también permiten aplicar cargos, y los montos varían según el estado.

¿Qué debo hacer si quiero corregir información en mis expedientes médicos?

Si considera que hay información incorrecta en sus expedientes médicos o de facturación, puede solicitar a su proveedor de atención médica o plan médico que modifiquen su expediente. El proveedor de atención médica o plan médico deben responder su solicitud y hacer la modificación o adición en sus expedientes. En caso de negarse, tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo que el proveedor o el plan deben agregar a sus expedientes.

TABLA 4. Reglas para presentar una apelación para la denegación de cobertura de seguro

Tipo de apelación	Motivo de apelación	Cuándo debe presentar la apelación el paciente	Plazo de la aseguradora para tomar una decisión
Apelación de autorización previa	Denegación antes de la prestación de los servicios. La denegación impidió que el paciente recibiera atención.	En un plazo de 180 días	En un plazo de 30 días desde la apelación inicial
Apelación después del tratamiento	Denegación del pago de la atención recibida, lo que significa que el paciente es responsable por el total de cualquier cargo.	En un plazo de 180 días	En un plazo de 60 días desde la apelación
Apelación por atención de urgencia (o acelerada)	La demora del tratamiento pondría en grave riesgo la vida/salud general, afectaría su capacidad de recobrar el funcionamiento óptimo o lo sometería a un dolor intenso e intolerable.	En un plazo de 180 días En caso de urgencia, puede solicitar una revisión externa al mismo tiempo que la interna	En un plazo de 72 horas desde la recepción de la apelación

¿Con quién debo comunicarme si se me niega el acceso a mis expedientes médicos?

Si un proveedor de atención médica o plan médico le niegan el acceso a sus expedientes médicos, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos al 800-368-1019.

Entender las apelaciones

En algún momento de su tratamiento para el cáncer, una compañía de seguros puede denegarle la cobertura, ya sea para ecografías, medicamentos con receta, tratamientos, procedimientos o pruebas genéticas. La mayoría acepta una respuesta negativa. Sin embargo, aquellos que no aceptan una denegación y presentan una apelación pueden llegar a ganar y obtener la cobertura para la atención recomendada por su equipo de atención médica.

Existen diferentes reglas para presentar apelaciones dependiendo del tipo de cobertura

de seguro médico que usted tenga (Tabla 4). Los planes de Medicare, Medicaid, militares y veteranos tienen reglas específicas. Si usted tiene una póliza de seguro médico individual privada o una póliza de seguro médico patrocinada por su empleador, generalmente tiene dos oportunidades de apelar una denegación de cobertura a través de una apelación interna y una apelación externa.

Apelación interna

Cuando una compañía de seguros deniega la cobertura de la atención, puede presentar una “apelación interna” dentro de su compañía de seguros. Cada compañía de seguros tiene su propio proceso de apelaciones internas, por lo que debe comunicarse con su compañía de seguros para obtener más detalles o ver las instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su carta de denegación. Hay plazos relacionados con la presentación de una apelación interna. Si su compañía de seguros deniega su apelación interna, usted puede solicitar una apelación externa.

Apelación externa

En virtud de la Ley de Atención Médica Asequible, todos los estados deben tener un proceso de apelación externa; a veces se denomina Revisión Médica Externa o Revisión Médica Independiente. Las agencias de seguros estatales o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) federal administran las apelaciones externas a través de organizaciones de revisión independientes que determinan si la compañía de seguros debe pagar por su atención médica. Las decisiones son vinculantes para la compañía de seguros.

Si es urgente, las revisiones se pueden acelerar, presentados al mismo tiempo que una apelación interna y decidido dentro de 72 horas. El proceso del HHS es gratuito, pero los estados no pueden cobrar más de \$25 por una apelación externa.

Apelaciones antes de la atención frente a después de la atención

Puede presentar apelaciones tanto antes como después de que se presten los servicios médicos. El proceso para presentar una apelación antes y después de la atención son ligeramente diferentes. Un ejemplo de cuándo puede recibir una denegación de cobertura antes de obtener la atención se da cuando su compañía de seguros requiere una autorización previa antes de recibir la atención. Si su compañía de seguros deniega la autorización previa, puede apelar esa decisión.

Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/HealthInsurance](https://www.triagecancer.org/HealthInsurance)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.CancerFinances.org)**

La administración de facturas médicas

El cáncer es costoso. Pero conocer algunos consejos clave sobre cómo administrar sus facturas médicas puede ayudarlo a evitar gastos innecesarios.

Formas de evitar facturas médicas más elevadas antes de la atención

Si bien es imposible evitar por completo los costos médicos relacionados con un diagnóstico de cáncer,

puede tomar medidas para evitar recibir facturas médicas más elevadas de lo necesario.

- **Tenga el seguro adecuado.** Al elegir una póliza de seguro médico, las personas solo suelen tener en cuenta el costo mensual de un plan. No obstante, también debe tener en cuenta los costos que debe pagar de su bolsillo cuando recibe atención médica, como copagos, deducibles y máximos de bolsillo. Además, es necesario asegurarse de que el plan cubra a sus proveedores, hospitales y medicamentos con receta. Revisar su cobertura del seguro médico es algo que debería hacer todos los años para asegurarse de que tiene la mejor cobertura para usted según sus necesidades actuales.
- **Dable sobre los costos con su equipo de atención médica antes del tratamiento.** Su equipo de atención médica posiblemente tenga sugerencias para reducir los costos, por ejemplo, organizar citas de atención médica en grupos, lo que le ayudará a evitar copagos adicionales por las visitas al consultorio. Además, es posible que pueda negociar sus facturas médicas antes de recibir la atención médica. Solicite precios por adelantado para todas las pruebas y procedimientos que no sean de emergencia y pregunte si hay algunos descuentos disponibles.
- **Obtenga las autorizaciones previas necesarias.** Muchas compañías de seguro médico le exigen que obtenga la aprobación previa (también llamada autorización previa, preautorización, o precertificación) antes de recibir atención médica. Si no obtiene la autorización previa, su compañía de seguro médico posiblemente deniegue su reclamo. Asegúrese de que su equipo de atención médica se comunique con su compañía de seguro médico antes de tratamientos, pruebas, cirugías, u hospitalizaciones para verificar si necesita una autorización previa. Si su equipo de atención médica no solicita una autorización previa por usted, usted es responsable de obtener la aprobación de su compañía de seguro. Además, incluso si recibe la aprobación, esto no garantiza que su seguro cubrirá su atención.

- **Acuda a proveedores dentro de la red, siempre que sea posible.** Para participar de la red de un plan, los médicos y centros tienen contratos con el plan y acuerdan aceptar una tarifa específica por sus servicios conforme al plan. Se considera que estos médicos y centros están “dentro de la red”. Se considera que los médicos y centros que no tienen una relación contractual con una aseguradora están “fuera de la red”. Algunos planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) tienen cobertura limitada para proveedores fuera de la red (p. ej., 50%). La mayoría de los planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO) paga 0% para proveedores fuera de la red.
- **Lleve un registro de sus gastos máximos de bolsillo.** Mientras que la compañía de seguro comúnmente lleva un registro de lo que usted pagó de su bolsillo por atención médica, e incluso puede incluir esta información en cada Explicación de beneficios (EOB) que reciba, llevar un registro propio puede resultarle útil para asegurarse de que los montos coincidan. Se cometen errores, y seguramente no querrá pagar más de lo que debería conforme a su plan. Además, cuando visite a un proveedor, es posible que se le pida que pague un copago cuando llega. Si usted tiene un plan médico que incluye sus copagos en su máximo de bolsillo, su proveedor puede no saber que ya ha alcanzado su máximo de bolsillo y, por lo tanto, usted no es responsable de pagar más copagos por el resto del año del plan.
- **Aproveche los máximos de bolsillo.** Si ha alcanzado su máximo para el año, piense en tratar cualquier otra necesidad de atención médica que tenga en lugar de esperar hasta el nuevo año del plan, cuando tendrá que volver a alcanzar el máximo de bolsillo.

Comunicaciones en torno a las facturas médicas

La cantidad de papeleo generado cada vez que recibe atención médica puede ser abrumadora. Cada vez que reciba atención médica, puede esperar recibir algunos, o todos, de los siguientes

artículos enumerados a continuación en el correo, por correo electrónico, o publicados en su cuenta de seguro en línea, o en el expediente médico electrónico en línea ofrecido por su proveedor.

De la **compañía de seguro de salud**, usted puede obtener:

- Una carta que indique que ha recibido un reclamo del proveedor de atención médica.
- Una carta que indique que está tramitando el reclamo.
- Una Explicación de beneficios (EOB), que detalla el reclamo recibido, cuánto cobró el proveedor por el servicio en particular (p. ej., una radiografía), qué le pagará la compañía de seguro de salud al proveedor y qué le puede deber el paciente al proveedor (a menudo llamada la “responsabilidad del paciente”). Por lo general, las EOB se identifican mediante la declaración “ESTO NO ES UNA FACTURA” en algún lugar de la página.

Del **proveedor de atención médica**, usted puede obtener:

- La factura con una cantidad que el paciente es responsable de pagar.

Usted debe esperar para enviar un pago a su proveedor hasta que reciba su explicación de beneficios (EOB) para asegurarse de que la factura y el EOB coinciden y que son correctos. Si le preocupa perder la fecha de vencimiento de la factura mientras espera su EOB, póngase en contacto con su proveedor y hágales saber que está esperando su EOB.

Revisión de sus facturas médicas

Una vez que haya recibido una factura médica, es importante revisarla para asegurarse de que es correcta. No tenga miedo de pedir a sus proveedores que expliquen códigos o descripciones de los servicios que recibió. Pequeños errores, como un número o código incorrecto, pueden hacer una gran diferencia en su factura. Pida una lista detallada de cargos, solicite una copia de sus expedientes médicos y de los libros de contabilidad de farmacia, y compruebe que todo coincide.

Si necesita ayuda para manejar sus cuentas médicas, considere pedir ayuda a familiares y amigos. Pueden abrir su correo, comparar las EOB con las facturas, y marcar fechas de vencimiento del pago en su calendario.

Cómo organizarse

Hay un montón de herramientas disponibles para hacer un seguimiento de sus facturas médicas, EOBs, expedientes médicos, y otros documentos relacionados con su atención médica. Pero la clave es utilizar la herramienta que facilita la organización para usted, ya sea una caja con carpetas de archivos o una carpeta de tres anillos. También debe hacer un seguimiento de cualquier comunicación que tenga con sus proveedores de atención médica y compañía de seguros de salud. Una razón por la que es importante permanecer organizado es que el seguimiento de todos sus gastos relacionados con su atención médica y dental (incluyendo comidas, alojamiento, y gastos de viaje relacionados con la atención médica) podría ahorrarle dinero. Estos gastos pueden ser deducibles de impuestos o posiblemente pagados a través de una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) o Cuenta de Gastos Flexibles (FSA).

Pagar sus facturas médicas

Si recibe una factura médica que no puede pagar, es importante no ignorarla. Considere ponerse en contacto con su proveedor para pedir más tiempo, o averiguar si su proveedor estaría dispuesto a negociar un plan de pago o aceptar un pago de suma global más bajo.

También es importante no esperar demasiado para comunicarse con su proveedor acerca de una factura médica no pagada. Ponerse en contacto con su proveedor antes de que las facturas vencidas se envíen a las agencias de cobro puede ayudar a proteger su calificación crediticia.

Tenga cuidado si usted está considerando pagar facturas médicas con tarjetas de crédito; generalmente tienen tasas de interés altas, y usted podría terminar gastando más de lo necesario. Usted también debe tener cuidado al considerar tomar un préstamo hipotecario para pagar la deuda médica. El uso de su casa como garantía convierte la deuda de ser sin seguro a asegurada, que significa que el prestamista podría tomar su casa si usted no puede pagar las cuotas del préstamo.



Es posible que pueda calificar para programas de asistencia financiera para ayudar a pagar sus facturas médicas.

Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/HealthInsurance](https://www.triagecancer.org/HealthInsurance)
[TriageCancer.org/Financial](https://www.triagecancer.org/Financial)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.cancerfinances.org)**

Otras preocupaciones para los jóvenes

Manejar un diagnóstico de cáncer como un joven significa que usted puede estar lidiando con muchas de las otras preocupaciones típicas de la edad adulta joven a las que se enfrentan sus amigos y compañeros, además de sus preocupaciones médicas. Usted puede estar lidiando con los estudios y/o el trabajo, administrando sus propias finanzas y seguro, planificando la familia, y planeando para el futuro por primera vez. Existen recursos que le ayudarán a manejar estas cosas. Usted no está solo.

Adulteando 101: La carga financiera de un diagnóstico de cáncer, llamada toxicidad financiera, puede afectar su calidad de vida.

Además de comprender sus derechos y opciones relacionadas con la escuela, el trabajo y el seguro, puede ser útil entender las estrategias para manejar sus finanzas, incluyendo la comprensión de las calificaciones de crédito, la elaboración de presupuestos, impuestos, y el pago de cuentas.

Calificaciones de crédito

Parte de su vida financiera implica su cuenta del crédito. Una calificación crediticia es un número de tres dígitos determinado al observar las principales categorías de su historia financiera: Deudas que usted debe, crédito nuevo, duración del historial de crédito, tipo de crédito utilizado e historial de pagos. Su calificación se utiliza para determinar su riesgo de crédito y afecta su capacidad para alquilar un departamento o comprar una casa, un automóvil y un seguro de automóvil. Algunos empleadores miran su calificación crediticia al decidir contratarle.

Otra parte de su vida financiera es su informe de crédito. Usted puede obtener una copia gratuita de su informe de crédito cada año, pero tiene que pedir una copia. Un lugar para pedir su informe es annualcreditreport.com. Puede ser útil comprobar su informe para la información inexacta que puede bajar su calificación crediticia.

Cómo elaborar un presupuesto

Elaborar un presupuesto puede ayudarlo a administrar sus finanzas. Las aplicaciones, los asesores de crédito y los planificadores financieros pueden ser útiles para el proceso de presupuestación.

Paso 1. Elegir un método – software, aplicación, hoja de cálculo, lápiz y papel, o poner dinero en efectivo en un sobre cada mes para pagar sus facturas.

Paso 2. Identifique todos los ingresos: salarios, otras ganancias, manutención de los hijos y pensión alimenticia, pagos por discapacidad o seguro, etc.

Paso 3. Identifique todos los gastos y sea realista: vivienda, transporte, comida, gastos de manutención, ahorros, pago de deudas, entretenimiento, etc.

Cuanto más realista sea su presupuesto, más posibilidades tendrá de cumplirlo.

Impuestos

Todos los que ganan suficientes ingresos imposables están obligados a presentar una declaración de impuestos cada año con el Servicio de Impuestos Internos (IRS), generalmente antes del 15 de abril. Incluso si usted no está obligado a presentar una declaración de impuestos sobre la renta, es posible que desee hacerlo. Algunas personas califican para un reembolso de más dinero del que realmente pagaron en impuestos durante el año. Si tiene derecho a recibir dinero del IRS, tendrá que presentar una declaración para que el IRS le envíe el reembolso. Cada estado también tiene sus propios requisitos para presentar una declaración estatal de impuestos sobre la renta.

Pago de facturas

Si usted tiene dificultad de pagar sus cuentas, puede ser útil ponerse en contacto con sus acreedores antes de que las cuentas impagadas sean enviadas a las agencias de colecciones. Algunos acreedores tienen opciones disponibles si usted las pide:

- Más tiempo para realizar un pago
- Cambie la fecha de sus pagos mensuales
- Cancele una parte de lo que debe
- Negocie un plan de pago
- Acepte un pago global más bajo

Estos programas pueden estar disponibles a través de su propietario, compañía de tarjetas de crédito, compañía de préstamos estudiantiles u otros acreedores. Algunos acreedores serán flexibles si saben que usted ha enfrentado una dificultad significativa como un diagnóstico de cáncer.

Preservación de la fertilidad

El tratamiento del cáncer, como la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía, puede afectar la fertilidad de una persona o su capacidad para tener hijos biológicos o genéticamente relacionados. Esto se llama infertilidad iatrogénica. La preservación de la fertilidad es el proceso de salvar o proteger los óvulos, los espermatozoides o el tejido reproductivo para que una persona pueda usarlos para tener hijos en el futuro.



Si usted está interesado en convertirse en padre en el futuro, es importante que hable con su equipo de atención médica antes de comenzar su tratamiento para el cáncer. Debe preguntar sobre los riesgos reproductivos de su tratamiento y sobre sus opciones para preservar su fertilidad. Considere consultar a un endocrinólogo reproductivo (mujeres) o a un urólogo reproductivo o andrólogo (hombres). Se trata de médicos que se especializan en medicina reproductiva y fertilidad.

Debido a que el área de la preservación de la fertilidad es relativamente nuevo y está creciendo, muchas compañías de seguros médico han argumentado que la preservación de la fertilidad no está cubierta o es experimental. Sin embargo, es importante que usted entienda sus derechos y las reglas de su compañía de seguro médico antes de comenzar cualquier tratamiento de preservación.

Actualmente, ninguna ley federal requiere que las compañías de seguros cubran específicamente la preservación de la fertilidad, pero algunos estados han aprobado leyes para exigir cobertura, incluyendo California, Colorado, Connecticut, Delaware, Illinois, Maryland, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Utah. Para obtener una lista actualizada de estas leyes y legislación pendiente, visite: allianceforfertilitypreservation.org/state-legislation.

Si su compañía de seguro médico le dice que la preservación de la fertilidad no está cubierta por su plan, usted tiene derecho a apelar su decisión. Cada compañía de seguros tiene su propio proceso interno de apelaciones, así que comuníquese con su compañía de seguros para obtener detalles o busque

instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su carta de denegación. Bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA), todos los estados están obligados a tener también un proceso de apelación externo – esto también se conoce a veces como Revisión Médica Independiente o Revisión Médica Externa. Para obtener información sobre el proceso de revisión médica externa de su estado, comuníquese con la agencia de seguros de su estado: TriageCancer.org/StateResources. Este proceso está subutilizado, pero cuando las personas apelan, es más probable que su tratamiento esté cubierto por una compañía de seguros.

También existe la opción de presentar una revisión médica externa “urgente” o “expedita”, en la que la decisión debe tomarse en un plazo de 72 horas. Esta decisión más rápida puede ser útil para aquellos que toman decisiones de preservación de la fertilidad antes de comenzar el tratamiento del cáncer.

Al apelar a las negaciones de cobertura, es importante argumentar que la preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica no es “electiva” o “experimental”, sino más bien una “necesidad médica” para prevenir la infertilidad. También se puede argumentar que la preservación de la fertilidad es un tratamiento “medicamente necesario” para un efecto secundario del tratamiento del cáncer. Su equipo de atención médica puede ayudarle a presentar una apelación a su compañía de seguros.

Planes de atención para la supervivencia al cáncer

Debido a que su necesidad de atención médica no termina con su último día de tratamiento para el cáncer, un plan de atención de supervivencia puede ser una herramienta valiosa. Un plan le da a usted y a sus proveedores de atención médica una guía para supervisar y administrar su atención médica continua y también puede ayudarle a manejar cualquier necesidad adicional de atención médica que pueda tener.

Un plan eficaz de atención de supervivencia al cáncer es un documento escrito que incluye un resumen de su tratamiento, recomendaciones para su atención de seguimiento y otra información relevante para ayudarle a anticipar y abordar los efectos físicos, psicosociales, prácticos y financieros a término tardío y a largo plazo del tratamiento del cáncer.

Otro objetivo de los planes de atención de supervivencia al cáncer es ayudar en la coordinación y transición de su atención de su equipo de atención médica oncológica a sus proveedores de atención primaria, a medida que se completa el tratamiento oncológico. Debe proporcionar una copia de su plan de atención a sus proveedores de atención primaria. Hable con su equipo de atención del cáncer para obtener más información sobre cómo obtener un plan de atención de supervivencia al cáncer.

Marihuana medicinal

La marihuana medicinal es una forma de tratar diferentes tipos de efectos secundarios del tratamiento del cáncer, como náuseas, dolor y falta de apetito. Antes de decidirse a usar marihuana medicinal, es muy importante hablar sobre esa opción con su equipo de atención médica y entender los asuntos legales y prácticos involucrados. Muchos estados han legalizado el uso de marihuana medicinal, y algunos estados han legalizado la marihuana para uso recreativo.

Sin embargo, incluso si usted vive en un estado que ha legalizado la marihuana medicinal o el uso recreativo de la marihuana, sigue siendo ilegal tener o consumir marihuana bajo la ley federal. Este conflicto entre la ley federal y muchas leyes estatales puede afectarle:

- **En el trabajo:** Generalmente, los empleadores tienen derecho a tener una política de trabajo libre de drogas. Un empleado puede ser despedido si su resultado es positivo en una prueba de drogas, incluso si tiene una receta para el uso de marihuana medicinal. Hay unos pocos estados que exigen a los empleadores que se acomoden al uso de marihuana medicinal para sus empleados mientras no están trabajando.
- **En casa:** en general, su arrendador puede tener una política de no permitir la marihuana bajo ninguna circunstancia.

También es importante que hable con su equipo de atención médica sobre cómo le gustaría usar marihuana para controlar los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Tenga en cuenta que este es un área de la ley que cambia con frecuencia. Conozca sus derechos si decide usar marihuana.



Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/Espanol](https://www.triagecancer.org/Espanol)

- Guías rápidas:
Guía rápida sobre la preservación de la fertilidad
[TriageCancer.org/QuickGuide-Fertility](https://www.triagecancer.org/QuickGuide-Fertility)
Guía rápida sobre la marihuana medicinal
[TriageCancer.org/QuickGuide-MedicalMarijuana](https://www.triagecancer.org/QuickGuide-MedicalMarijuana)
- Video animado:
Planes de atención para la supervivencia al cáncer
[TriageCancer.org/video-Planesdesobrevivientes](https://www.triagecancer.org/video-Planesdesobrevivientes)

Planificar con anticipación

La planificación patrimonial es un proceso que incluye pensar sobre sus deseos en relación con la salud y las finanzas, y luego documentarlos para garantizar que se cumplan.

La mayoría de las personas piensa que la planificación patrimonial es necesaria solo cuando uno tiene mucho dinero o bienes, pero, en realidad, todos los adultos mayores de 18 años deberían hacerla. Si bien puede resultar difícil pensar en su mortalidad, la planificación patrimonial le permite expresar sus preferencias personales y sus valores más profundos. Tomar estas decisiones y prepararse con anticipación puede darle la tranquilidad de que sus seres queridos sabrán cuáles son sus deseos.

La planificación patrimonial incluye la toma de decisiones médicas y financieras, su propiedad física e incluso su propiedad digital.

En estos días, un gran parte de la vida de una persona puede tener lugar en el espacio virtual, así que puede ser útil que las personas piensen en cómo quieren manejar sus activos digitales y cómo incluirlos en su plan de sucesión. La propiedad digital, como las cuentas bancarias en línea, los dispositivos electrónicos, los archivos, la música y las fotos de los dispositivos electrónicos, las cuentas de correo electrónico, las cuentas de redes sociales, los blogs y la propiedad intelectual también se consideran parte del patrimonio de una persona.

Es posible que llegue un momento en el que no pueda expresar sus deseos sobre sus finanzas o su atención médica. En esos casos, los documentos de planificación patrimonial tales como un poder legal financiero y las instrucciones anticipadas sobre atención médica son herramientas útiles para que usted exprese sus deseos, además de nombrar a un agente para que tome decisiones en su nombre.

Aunque la planificación patrimonial juega un papel crucial en las decisiones financieras y de atención médica, muchas personas ni siquiera tienen el documento más básico, un testamento. Hay una variedad de documentos que podrían constituir un plan patrimonial.

Testamentos

Un testamento es un documento legal que brinda instrucciones sobre lo que una persona desea que suceda con sus bienes después de su muerte. En el testamento, los padres también pueden designar un tutor para sus hijos menores o hijos adultos con trastornos del desarrollo. Cada estado tiene normas diferentes acerca de cómo redactar un testamento válido, por lo que es fundamental que consulte las normas de su estado. Existen distintos tipos de testamentos:

- **Escrito:** la mayoría de los estados exigen: 1) que el testamento sea por escrito; 2) que usted esté en “pleno uso de sus facultades mentales”; 3) que usted firme el testamento, y 4) que exista un “testigo no interesado”. Algunos estados exigen dos testigos, que estén presentes cuando usted firme el testamento, o que el testamento esté certificado por un escribano. “Pleno uso de sus facultades mentales” generalmente significa

que usted comprenda lo que hace. “Testigo no interesado” generalmente significa una persona que no recibirá nada del testamento

- **Testamento reglamentario:** algunos estados (California, Maine, Michigan, Nuevo México y Wisconsin) tienen un formulario de testamento reglamentario, que se pueden completar con los detalles de su planificación patrimonial y sus deseos. Estos formularios son gratuitos y no es necesario que contrate a un abogado, pero no se los puede personalizar, por lo que funcionan mejor para patrimonios más simples.
- **Oral:** generalmente, los testamentos orales solo se permiten en circunstancias muy limitadas y excepcionales (como las declaraciones realizadas en el lecho de muerte).

Si tiene un patrimonio relativamente simple o no puede pagarle a un abogado, existen varias opciones de testamentos que puede hacer por su cuenta. También hay programas informáticos, libros y servicios en línea que pueden costar desde \$35 hasta \$200. O puede considerar contratar a un abogado especializado en planificación patrimonial, especialmente si tiene un patrimonio complejo. Si un abogado lo ayuda a redactar su testamento, generalmente deberá pagar un honorario fijo o una tarifa por hora.



El costo dependerá de diversos factores, como el tamaño de su patrimonio o la complejidad de sus deseos. Existen organizaciones de asistencia legal que brindan servicios legales sin cargo o de bajo costo para personas con niveles de ingresos bajos y moderados.

Al redactar un testamento, también debe considerar quién desea que sea el albacea de su testamento. Es la persona que garantizará que sus bienes se distribuyan de acuerdo con su testamento. Puede cambiarlo o revocarlo (cancelarlo) en cualquier momento, siempre y cuando esté en pleno uso de sus facultades mentales. El codicilo es un documento legal que puede usar para hacer cambios en su testamento y que también se usa para hacer modificaciones menores (como agregar un obsequio específico o actualizar el nombre legal de uno de sus beneficiarios después de contraer matrimonio). Los codicilos se deben ejecutar de la misma manera que los testamentos en su estado. Por ejemplo, si el estado exige que dos testigos firmen el testamento, el codicilo también deberá ser firmado por dos testigos. Si necesita realizar modificaciones más importantes (como eliminar por completo a un beneficiario o agregar un hijo como beneficiario nuevo), puede considerar revocar (cancelar) su testamento actual y redactar uno nuevo. Generalmente, si redacta un testamento nuevo, se deben destruir todas las versiones anteriores para evitar confusiones o dudas.

Fideicomisos

Un fideicomiso es un documento que le permite conservar activos para uno o más beneficiarios.

El beneficiario es la persona que recibe el beneficio de los activos en el fideicomiso. Usted puede elegir un “fideicomisario” para que supervise los activos de fideicomiso o usted puede actuar como su propio fideicomisario mientras viva. Entre los bienes que se pueden incluir en un fideicomiso se incluyen bienes inmuebles, automóviles, cuentas bancarias, acciones, obras de arte y joyas. Si coloca sus bienes en un fideicomiso, la propiedad legal se transfiere de usted al propio fideicomiso. Luego, el fideicomisario tiene la responsabilidad legal de administrar los bienes del fideicomiso de acuerdo con lo que usted haya especificado en el documento del fideicomiso. Los tipos más comunes de fideicomisos son:

- **Fideicomiso en vida:** realizado mientras vive y revocable hasta su muerte. Por lo general, usted actúa como su propio fideicomisario y, mientras viva, puede realizar cambios por cualquier motivo.
- **Fideicomiso testamentario:** se usa en el caso de las personas que necesitan ayuda para administrar sus activos. Los fideicomisos testamentarios pueden ser especialmente útiles para los padres con hijos pequeños que busquen prever la educación futura, la atención médica o el apoyo general. También pueden ser útiles para cubrir los gastos constantes de adultos dependientes con necesidades especiales al tiempo que se protegen sus beneficios gubernamentales (como Medicaid).
- **Fideicomiso irrevocable:** una vez creado, no se puede modificar ni revocar, pero puede brindar algunos beneficios tributarios y cierta protección contra acciones legales o acreedores.
- **Fideicomiso para necesidades especiales:** se puede usar para cubrir las necesidades de una persona con una discapacidad. Su ventaja reside en que los activos del fideicomiso no se consideran “activos líquidos” a los fines de la calificación para determinados beneficios gubernamentales (como el Ingreso Suplementario del Seguro Social [SSI] o Medicaid).

Si está pensando en crear un fideicomiso, debería consultar a un abogado especializado en planificación patrimonial con experiencia en las leyes tributarias y sobre fideicomisos de su estado para garantizar la correcta creación de su fideicomiso.

Poder de representación para cuestiones financieras

Es posible que en un determinado momento ya no pueda tomar decisiones sobre sus propias finanzas y necesite ayuda. Un poder de representación para cuestiones financieras es un documento legal por medio del cual autoriza a una persona adulta de su confianza a tomar decisiones financieras por usted. Esas decisiones pueden ser tan simples como depositar o retirar fondos de una cuenta bancaria, o administrar otros asuntos personales, como recibir correos u organizar viajes.



El poder duradero de representación para cuestiones financieras entra en vigencia cuando usted lo firma y permanece vigente incluso si usted queda incapacitado en el futuro, pero finaliza cuando usted muere. Ese será el momento en que entre en juego su testamento. Un poder condicional de representación para cuestiones financieras entra en vigencia solo si usted queda incapacitado.

Instrucciones anticipadas sobre atención médica

Es posible que en un determinado momento usted ya no pueda expresar sus deseos sobre su atención médica. Las instrucciones anticipadas sobre atención médica son un documento legal por medio del cual usted comunica sus preferencias y brinda instrucciones por escrito sobre su atención médica, si ya no puede comunicarse.

Puede tomar decisiones sobre si desea o no cancelar el tratamiento médico en el futuro cuando ya no sea útil (como interrumpir la quimioterapia cuando deje de funcionar). Sin embargo, también se puede usar para garantizar el inicio o la continuidad de un tratamiento en el futuro, cuando ya no pueda manifestar su consentimiento verbalmente (como iniciar la hidratación artificial). También puede nombrar a un adulto de

su confianza para que tome decisiones médicas por usted si no pudiera comunicarse.

A la hora de tomar decisiones sobre la atención médica al final de la vida, también existen otros recursos. El programa de órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (POLST) alienta a los pacientes a hablar con sus proveedores de atención médica sobre el tipo de atención que desean. Luego, los médicos documentan esas decisiones en un formulario de POLST, que puede ser usado por los proveedores de atención médica de emergencia si los pacientes no pueden comunicarse. Según el estado en el que viva, el formulario de POLST puede tener otro nombre.

Formularios HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) es una ley federal que protege la privacidad de su seguro de salud. HIPAA permite que su información protegida de salud sea compartida con su representante personal que tiene autoridad para tomar decisiones de atención médica por usted (es decir, su agente de atención médica o apoderado). Para garantizar el acceso de su agente a la información, usted debe firmar y fechar un formulario de autorización HIPAA. Además, debe identificar la información que se va a divulgar, el propósito de la divulgación, los destinatarios de la información y una fecha de vencimiento. Esto significa que cualquier instrucciones anticipadas sobre atención médica debe ser clara sobre el alcance de la autoridad de su agente para recibir información protegida de atención médica.

Hay otras razones clave por las que puede ser útil disponer de un formulario de autorización HIPAA. Por ejemplo, si tiene hijos adultos y desea que participen en su atención médica o tengan acceso a su información, puede firmar un formulario HIPAA para darles acceso a su información médica y comunicarse con su equipo de atención médica. También, si usted está en una relación con otra persona que no es su esposo, y esa persona quisiera que usted tuviera acceso a su información médica, ella debe tener un formulario HIPAA. O quizás su mejor amigo quisiera que usted pudiera comunicarse con su equipo de atención médica. En ese caso, su formulario HIPAA debe darle esa capacidad.



Instrucciones anticipadas sobre visitas hospitalarias

La ley federal requiere que la mayoría de los hospitales tengan reglas escritas que den a los pacientes el derecho de elegir a sus propios visitantes. Sin embargo, en una crisis, o en un momento en el que no pueda comunicar sus deseos, puede ser útil documentar sus deseos acerca de quién le gustaría visitar en un hospital. Puede hacerlo creando una directiva de visitas hospitalarias. Este documento le dice a sus proveedores de atención médica que permitan a sus visitantes elegidos que lo visiten. Puede ser un documento separado o parte de otro documento, como instrucciones anticipadas sobre atención médica. También puede utilizar este documento para excluir a determinadas personas si así lo desea.

Una vez que haya completado los documentos de planificación patrimonial, debe guardarlos en un lugar seguro pero accesible. Asegúrese de que su albacea, fideicomisario, agente o un ser querido de confianza sepa sobre la existencia y ubicación de los documentos y tenga acceso a ellos.

Seguro de vida

El seguro de vida es un seguro que la gente puede comprar para proporcionar una cantidad de dinero específico a una persona (o personas) que escogen, en caso de su muerte. El propósito principal del seguro de vida es que usted puede pagar durante el curso de su vida para asegurarse de que sus seres queridos son atendidos financieramente. Puede ser difícil adquirir un seguro de vida después de que una persona ha sido diagnosticado con cáncer, pero no imposible. Las compañías de seguros de vida están autorizadas a negarse a vender pólizas a personas con patologías previas. Debido a que los consumidores de seguros de vida no tienen las mismas protecciones que ahora están disponibles en la arena del seguro de salud, se deja a cada compañía de seguros decidir si, o cuándo, asegurarán a alguien que ha sido diagnosticado con cáncer.

Hay muchas compañías en los Estados Unidos que ofrecen cierto nivel de cobertura a las personas diagnosticadas con cáncer. La única manera de saber qué compañías venden esas pólizas es contactando a las compañías de seguros que ofrecen pólizas en su estado y preguntándolas. Puede encontrar las compañías que venden pólizas de seguro de vida en su estado, poniéndose en contacto con la agencia de seguros de su estado aquí: [TriageCancer.org/StateResources](https://www.triagecancer.org/StateResources).

Algunas agencias estatales de seguros enumeran las compañías de seguros de vida en su sitio web.

Algunas veces, hay otras opciones disponibles para obtener una póliza de seguro de vida, como obtener una póliza grupal a través de un empleador, una asociación profesional o una asociación de ex alumnos, donde es posible que no hagan preguntas médicas y no impongan exclusiones de patologías previas.

Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/EstatePlanning](https://www.triagecancer.org/estateplanning)

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Seminarios web
- **[CancerFinances.org](https://www.cancerfinances.org)**

Conclusion

Esta guía práctica aborda los problemas más comunes que surgen para los jóvenes después de un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, sólo rasca la superficie de las cuestiones legales y prácticas que las personas diagnosticadas con cáncer y sus cuidadores pueden tener que abordar. Triage Cancer proporciona información y recursos sobre todos estos temas y más, de forma gratuita. Creemos que cuando las personas con cáncer, sus cuidadores y los profesionales de la salud tienen una mejor comprensión de cómo obtener y utilizar la cobertura de seguro, apelar a las denegaciones de cobertura, tomar tiempo libre del trabajo, acceder a protecciones y adaptaciones en el lugar de trabajo, proteger los patrimonios, y manejar otros asuntos financieros asociados con el cuidado del cáncer, la calidad de vida y los resultados de supervivencia al cáncer mejoran.

Veamos nuestros videos animados en
TriageCancer.org/AnimatedVideos



Esta guía fue patrocinada en parte por:



© Triage Cancer