

Guía práctica para los derechos sobre el cáncer para las persona mayores



Lidiar con el empleo, el seguro médico, & las finanzas

Una guía para los desafíos legales y prácticos que pueden afectar a las personas de la tercera edad que son diagnosticadas con cáncer, sus cuidadores y los profesionales que los tratan.

Índice

- 4** Sus derechos en el trabajo
- 10** Opciones de seguro por discapacidad
- 13** Opciones de jubilación
- 17** Opciones de seguros médicos
- 23** Acceso a los expedientes médicos
- 24** Entender las apelaciones
- 26** La administración de facturas médicas
- 29** Otras preocupaciones para los adultos mayores
- 31** 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 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 adultos mayores tienen que ocuparse de alguna manera después de un diagnóstico de cáncer: 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.

Guía práctica para los derechos sobre el cáncer para las personas mayores: el empleo, el seguro médico, & las finanzas

Sus derechos en el trabajo

Si usted es un adulto mayor que ha recibido un diagnóstico de 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).

¿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.





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.

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.

¿Los cuidadores son elegibles para adaptaciones razonables?

No, los empleadores no están obligados legalmente a proporcionar adaptaciones razonables a los empleados que son cuidadores. Sin embargo, muchos empleadores reconocen el beneficio de conservar un empleado valioso y evitar los costos de encontrar un reemplazo. Por lo tanto, muchas de las estrategias antes mencionadas también pueden ser opciones útiles para los cuidadores.

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
TriageCancer.org/Caregiving

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Recursos estatales
- Seminarios web
- **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. 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.

¿Cómo decidir si solicitar beneficios por discapacidad o jubilarse?

Si está pensando en solicitar beneficios por discapacidad del Seguro Social, pero también está cerca de la edad para la jubilación temprana del Seguro Social o ya alcanzó la edad para jubilarse, debería consultar su resumen del Seguro Social para comparar el monto de sus pagos mensuales con aquellos en caso de que fuera a recibir el SSDI, la jubilación temprana o esperar hasta alcanzar la edad para jubilarse. Puede encontrar esta información en su resumen anual del Seguro Social, lo cual puede acceder en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta en línea de “My SSA” (Mi SSA).

¿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 y desempleo del Seguro Social?

Por lo general, no podrá ser elegible para los beneficios por discapacidad al mismo tiempo que para los beneficios por desempleo del Seguro Social. 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 pagará 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.

¿Qué sucede cuando alcanza la edad para jubilarse?

Para la mayoría de los beneficiarios del SSDI que nacieron después de 1960, la edad para jubilarse es a los 67 años. Una vez que cumpla 67 años, sus beneficios cambiarán del SSDI a los beneficios de jubilación del Seguro Social. Generalmente, la cantidad seguirá siendo la misma.

¿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 migratorio, 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.

Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageCancer.org/DisabilityInsurance

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Recursos estatales
- Videos animados
- Seminarios web
- Tabla de leyes estatales
- CancerFinances.org

Opciones de jubilación

Hay muchas razones por las que alguien podría decidir jubilarse temprano. La salud, los cambios en el empleo y las finanzas pueden ser factores que influyan en esta decisión. Hay algunas cosas claves a considerar al decidir si debe jubilarse o no, incluyendo ser capaz de pagar sus gastos de vida, tener acceso a la cobertura de seguro médico, y cómo afecta los impuestos que usted debe. Algunas personas también pueden sopesar jubilarse en contra de solicitar beneficios por discapacidad, si la necesidad de dejar el trabajo se debe a una afección médica grave. Puede ser útil hablar con un consejero financiero y un contador antes de tomar cualquier decisión sobre su jubilación, para ayudarle

a tomar las mejores decisiones por usted.

¿Cómo decidir entre solicitar los beneficios por discapacidad o jubilarse?

Según su edad cuando deje de trabajar, puede ser elegible para recibir beneficios de jubilación. Los beneficios de jubilación suelen provenir de la SSA, de una cuenta privada o de una pensión de empleador. Puede tener acceso a una o más de estas opciones. Considere hablar con un contador o consejero financiero para ayudarle a tomar las mejores decisiones por usted.

- Si usted pagó los impuestos del Seguro Social mientras trabajaba, es posible que puede comenzar a cobrar los beneficios de jubilación del Seguro Social. Su pago mensual de jubilación depende de lo que haya ganado a lo largo de su historial de trabajo y cuando decida jubilarse; a su edad normal de jubilación, antes de su edad normal de jubilación o después de su edad normal de jubilación. Si usted se jubila temprano, su pago mensual será menor que si espera hasta su edad normal de jubilación. Si espera para jubilarse hasta los 70 años, su pago mensual será más alto que si se jubila a su edad normal de jubilación. Puede visitar ssa.gov/myaccount para ver la cantidad de sus pagos mensuales si solicita beneficios de Seguro Social por discapacidad, si se jubila temprano, si se jubila a la edad normal de jubilación o si se jubila más tarde. También puede llamar a la SSA al (800) 772-1213.

- Nota: No puede cobrar los beneficios de jubilación del Seguro Social junto con lo de SSDI. Si está en su edad normal de jubilación, la SSA considerará sus beneficios como beneficios de jubilación.
- Si tiene una cuenta de jubilación privada no relacionada con su empleador, debe ponerse en contacto con la compañía de inversión para comprender cuándo puede sacar dinero de la cuenta, cuánto recibirá mensualmente y cómo afectará sus impuestos.
- Si se jubila después de los 59½ años, el IRS le permite comenzar a tomar distribuciones de su 401 (k) sin pagar una multa por retiro anticipado del 10%.
- Si cumple con la definición del IRS de tener una discapacidad, puede retirar fondos de su cuenta de

jubilación anticipadamente sin la multa del 10%.

- Si tiene al menos 55 años de edad, puede retirar dinero y evitar la multa del 10% si el 401 (k) es de su empleador más reciente.
- Si tiene una pensión, pregúntele a su empleador sobre su porcentaje adquirido, cómo se hará la distribución (por ejemplo, mensual, trimestral, etc.) y qué impuestos sobre la renta puede esperar pagar.
- Si pagó impuestos del Seguro Social mientras trabajaba.
- Si necesita tener acceso a los fondos de jubilación temprano, puede tener opciones. Usted puede ser capaz de retirar fondos de un plan de jubilación de un empleador, a través de un préstamo o una distribución debido a una dificultad financiera, también puede retirar fondos de una IRA, pero hay reglas e implicaciones fiscales para estos retiros.

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.
- **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).

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.



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?

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

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](https://www.healthcare.gov). Algunos estados tienen sus propios mercados.

Hay beneficios significativos al elegir cobertura a través del mercado.

- **Tope de gasto máximo de 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 “subsídios 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 duren más tiempo.

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

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.
- 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.

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 (HIPPI) 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, 38 estados y Washington, D.C., han ampliado sus programas, y 12 estados no lo han hecho. Las solicitudes de Medicaid se aceptan durante todo el año.

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.

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.

- 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 2022.

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)			
Créditos fiscales prémium			
Medicaid			

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.

Eligibilidad para la cobertura ampliada de Medicaid

Si tiene 65 años o más y desea solicitar Medicaid, no podrá solicitar la cobertura ampliada de Medicaid. En su lugar, necesitará solicitar Medicaid según su edad. Los requisitos de nivel de ingresos para calificar para este programa de Medicaid dependen del estado en el que vive. También hay un requisito de nivel de recursos para este programa de Medicaid. Para obtener más información sobre las normas en su estado, póngase en contacto con la agencia de Medicaid de su estado.

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.

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.

Cómo inscribirse

Usted puede inscribirse en Medicare durante un período de inscripción inicial de 7 meses, que empieza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años. Si no se inscribió durante el período de inscripción inicial, hay un período de inscripción general del 1 de enero al 30 de junio, pero su cobertura no empezará hasta el 1 de julio y puede tener multas por inscripción tardía. También puede realizar cambios en la cobertura cada año durante un período de inscripción abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Consideraciones para elegir un plan Medicare

Encontrar el plan Medicare adecuado puede resultar abrumador. Por lo general, hay 2 carriles entre los que elegir:

- Medicare Original con Partes A y B, además puede elegir un plan de la Parte D y puede elegir un plan Medigap.
- Plan Medicare Advantage que incluye los beneficios de las Partes A y B, y generalmente de la Parte D. Si el plan Advantage no incluye la Parte D, también puede elegir un plan de la Parte D.

Hay algunos aspectos clave que deben tenerse en cuenta a la hora de seleccionar un plan de Medicare:

- ¿Cuál será el costo real del plan de Medicare?

¿Quiere el plan Medicare Original o Medicare Advantage?

Medicare Original = Partes A + B

Medicare Advantage (Parte C) = Partes A + B

¿Quiere un plan de medicamentos recetados (Parte D)?

¿Necesita un plan de medicamentos recetados (Parte D) porque su plan de Medicare Advantage no tiene uno?

¿Quiere un plan Medigap?

- ¿Mis proveedores de atención médica y centros toman Medicare, y si elijo un plan Medicare Advantage, están en la red de proveedores del plan?
- ¿Cubre el plan de la Parte C o la Parte D mis medicamentos recetados farmacias que utilizo?

Al comparar planes, puede resultar tentador simplemente elegir el que tenga la prima mensual más baja. Pero, para calcular el coste total del año, incluidos los gastos que paga de su bolsillo, tiene que hacer algunas matemáticas:

**(Prima mensual del plan x 12 meses) +
Máximo que paga de su bolsillo del plan =
Costo total anual**

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.

Ejemplo: Escoger un plan

Jamie tiene casi 65 años de edad y está a punto de comenzar 1 año de tratamientos de quimioterapia intravenosa, que costarán \$10,000 al mes. Debido a que el tratamiento intravenoso se proporcionará en el consultorio del médico, estará cubierto bajo la Parte B de Medicare. ¿Cuáles serían sus gastos que paga de su bolsillo?

Opción 1: Medicare Original

- Parte B prima mensual: \$170.10 por mes x 12 meses = \$2,041.20
- Parte B deducible: \$233
- Parte B coseguro (solo para su quimioterapia): (\$10,000 x 20% = \$2,000) x 12 meses = \$24,000
- **Total para la Parte B y costo compartido de la quimioterapia = \$26,274**

Opción 2: Medicare Original + Medigap Plan G (cuesta \$300/mes según su edad y dónde vive).

- Parte B prima mensual = \$170.10 per month x 12 meses = \$2,041.20
- Parte B deducible = \$233
- Parte B coseguro (solo para su quimioterapia) = \$0 (pagado por el plan Medigap)
- Medigap Plan G prima mensual = \$300 x 12 meses = \$3,600
- **Total para la Parte B + Medigap Plan G = \$5,874.20**

Aunque hay un costo mensual adicional para comprar un plan Medigap, puede ahorrarle a alguien con una afección médica costosa miles de dólares cada año.

Opción 3: Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos (cuesta \$83/mes según el lugar donde viva). Este plan tiene un máximo de que paga de su bolsillo de \$4,758.

- Part B prima mensual = \$170.10 por mes x 12 meses = \$2,041.20
- Medicare Advantage prima mensual = \$83 por mes x 12 = \$996
- Medicare Advantage coseguro (solo para su quimioterapia) = (\$10,000 x 20% = \$2,000) x 12 meses = \$24,000 (pero solo tiene que pagar hasta su máximo que paga de su bolsillo de \$4,758)
- **Total para el Plan Medicare Advantage (MA) y costo compartido de la quimioterapia = \$7,795.20**

Aunque el plan MA es menos costoso que Medicare Original (Opción 1), Jamie se limita a ir solo a proveedores dentro de la red.

- **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, compartirlas 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?

HIPPA 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.

¿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 denegar 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.

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 60 horas desde la recepción de la apelación

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.

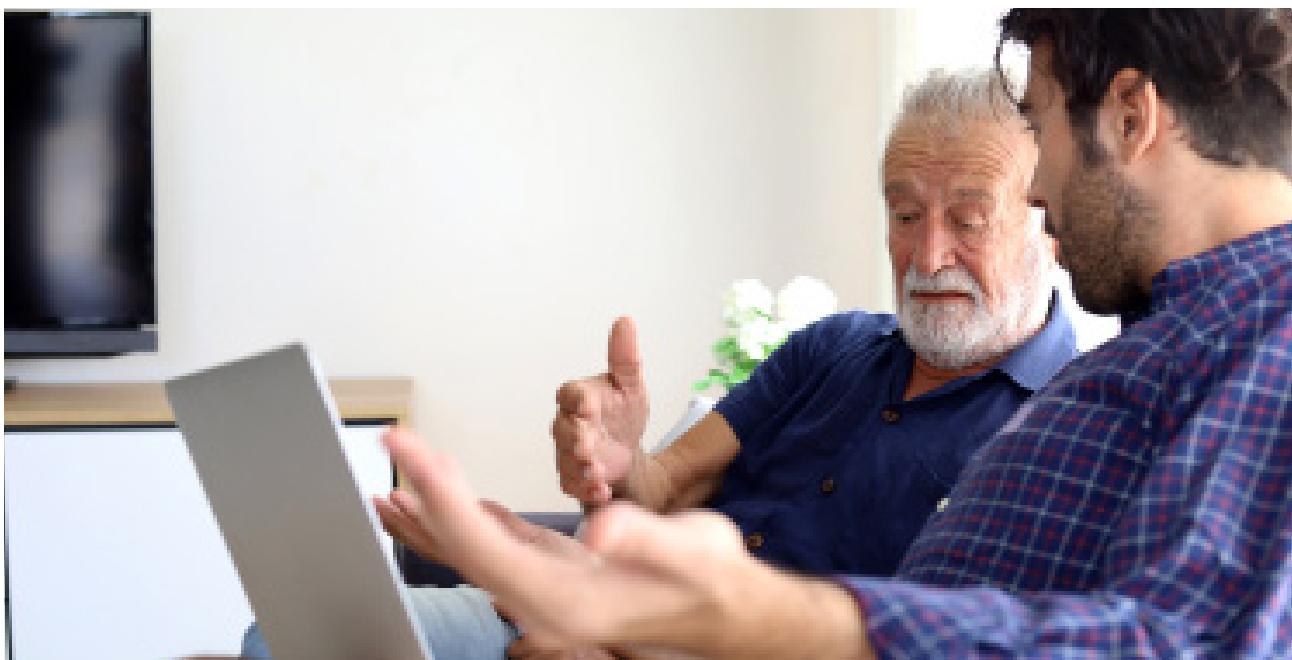
Del **proveedor de atención médica**, usted puede obtener:

- 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 adultos mayores

Adaptaciones y modificaciones de vivienda

Si usted es un adulto mayor diagnosticado con cáncer, está recibiendo tratamiento o ha completado el tratamiento, puede experimentar efectos secundarios a corto o largo plazo que afectan la forma en que accede y utiliza su hogar.

La Ley de Equidad de Vivienda (FHA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que prohíbe la discriminación en la venta, alquiler o financiamiento de vivienda a personas por motivos de raza, religión, origen nacional, género y discapacidad. La FHA define a una persona con una discapacidad como una persona con una deficiencia física o mental que limita considerablemente la realización de una o más actividades fundamentales de la vida diaria como: caminar, ver, hablar, oír, respirar, cuidarse a sí mismo, concentrarse, dormir, u operar funciones corporales mayores. También incluye a individuos con un historial de tener tal afección médica o ser considerado como tener tal afección médica.

Si usted es elegible para la protección bajo la FHA, tiene derecho a solicitar cambios razonables relacionados con la vivienda (adaptaciones razonables y modificaciones razonables).

Adaptaciones razonables

Una adaptación razonable es el término para cambios, excepciones o ajustes a las reglas, políticas o prácticas que se hacen para darle “disfrute total” de las instalaciones. Disfrute total significa que usted puede tener el mismo beneficio del lugar donde vive que las personas sin discapacidades. Generalmente, el proveedor de vivienda cubrirá el costo de implementar una adaptación razonable. Si usted está alquilando, o vive en una urbanización con una asociación, un parque de casas móviles, o un complejo de apartamentos, usted puede recibir ayuda en la forma de un cambio a, o exención de, ciertas reglas y políticas como una adaptación razonable.

Los inquilinos también pueden beneficiarse de los cambios en el espacio físico de su propiedad. Algunas posibles adaptaciones razonables en la vivienda incluyen:

- Más tiempo para realizar un pago
- Cambio a una unidad a nivel del suelo o a una unidad más cercana al ascensor
- Cambio de cuándo se deben realizar los pagos para adaptarse a cuándo se reciben ingresos
- Permitir que un solicitante presente una solicitud de vivienda de una forma diferente
- Permitir una animal de servicio, incluso cuando la propiedad tiene una política de “no mascotas”
- Permitir que un cuidador pase la noche a pesar de las restricciones en un contrato de arrendamiento

Reasonable Modifications

Una modificación razonable es el término para los cambios físicos a su espacio de vida privado o a las áreas comunes que se hacen para darle el disfrute total de su espacio privado (dentro y fuera) o las áreas comunes de un bloque de pisos. Algunas posibles modificaciones razonables incluyen:

- Instalación de una rampa en un edificio
- Reducción del umbral de entrada de una puerta
- Instalación de barras de apoyo en un baño o pasillo
- Puertas más anchas
- Lavabos y encimeras más bajos

Aunque la ley impide que un proveedor de vivienda rechace una solicitud razonable, es probable que usted tenga que pagar el costo de cualquier cambio físico. Además, el proveedor podría requerir que usted cubra el costo de quitar los cambios cuando usted se muda. Sin embargo, los proveedores pueden tener que cubrir el costo si reciben fondos del gobierno para proporcionar viviendas. Si usted no puede permitirse la modificación, otros recursos de la comunidad pueden estar disponibles.

Cómo solicitar una adaptación razonable o modificación razonable

La FHA hace ilegal rechazar su solicitud de una adaptación o modificación razonable cuando es necesario y no impone una carga demasiado grande sobre el proveedor de vivienda. Puede haber excepciones, pero el primer paso es el suyo: preguntar. Los Centros de vivienda justa pueden ayudarle a hacer su solicitud y presentar una queja si se niega.

Una solicitud de adaptación o modificación razonable puede ser verbal, pero una solicitud por escrito puede ser útil, para que pueda conservar una copia para sus registros. Usted puede tener que demostrar cómo el cambio propuesto es necesario y cómo se conecta con su afección médica. Los proveedores de vivienda no necesitan saber los detalles de su diagnóstico, sólo que usted tiene una afección médica que lo califica para la protección y que está relacionada con su solicitud. Un proveedor de vivienda no puede negar una solicitud razonable y necesaria.

Si se niegan, los Centros de vivienda justa son un buen recurso, ya que pueden proporcionar información más detallada sobre sus derechos y opciones. Tanto los Centros de vivienda y desarrollo urbano como los Centros de vivienda justa pueden primero pedirle que trate de resolver la disputa con su proveedor por alentar a ambas partes a hablar y encontrar una adaptación que funcione para usted sin imponer una carga indebida al proveedor. Esto se denomina el “proceso interactivo”.

Atención a largo plazo

La necesidad de atención a largo plazo puede surgir después de que una persona ha sido diagnosticado con una afección médica grave, como cáncer. Esta persona puede encontrar que necesita ayuda para realizar tareas diarias. La necesidad de atención a largo plazo puede desarrollarse gradualmente a medida que una persona envejece, o puede aparecer repentinamente después de un evento como un ataque cardíaco o un accidente de automóvil.

La atención a largo plazo incluye varios servicios que ayudan a las personas a vivir de la forma más independiente posible, incluso si ya no pueden realizar las actividades diarias por sí solas. Los servicios de cuidado a largo plazo pueden incluir:

- auxiliares de salud en el hogar;
- centros de vida asistida;
- residencias de ancianos; y
- atención personal o de custodia.

Atención personalizada o de custodia incluye servicios que ayudan a las personas con actividades cotidianas, como bañarse, arreglarse, comer y transportar.

Las personas pueden recibir atención a largo plazo en su hogar o en un centro como una residencia de ancianos o un centro de vida asistida. Cada una de estas opciones tiene diferentes ventajas.

Muchas personas se sienten más cómodas al quedarse y recibir atención en sus propios hogares. El cuidado en el hogar puede ser proporcionado por un familiar o amigo pagado o no, o por un cuidador profesional pagado. Las personas también pueden optar por participar en el cuidado de crianza de adultos, lo que permite a una persona vivir en un ambiente familiar con un pequeño número de otras personas que necesitan cuidado. Aquellos que participan en el cuidado de crianza para adultos son cuidados por un cuidador profesional que vive allí.

Las investigaciones han demostrado que algunas personas que permanecen en sus propios hogares tienen mejores resultados de salud y calidad de vida que si se trasladaran a un centro. Sin embargo, algunas personas quieren o necesitan recibir atención en una residencia de ancianos o un centro de vida asistida, que cuenta con personal especializado para ayudar con las necesidades de atención a largo plazo.

A medida que una persona envejece, es más probable que desarrolle una o más afecciones médicas que requieran servicios de atención a largo plazo.

El seguro de salud no cubre normalmente los gastos de atención a largo plazo. Por ejemplo, si usted tiene un plan de seguro médico privado, usted será responsable de cubrir el 100% de los costos de los servicios de cuidado a largo plazo. Medicare sólo cubrirá servicios de atención médica en el hogar a corto plazo o cantidades limitadas. Ni el seguro médico privado, ni Medicare, cubrirán los servicios de atención personal.

Esta es la razón por la que la gente compra un seguro de cuidado a largo plazo directamente de una compañía de seguros privada. Pero cuando se trata de patologías previas, no existen las mismas protecciones en el ámbito del seguro de atención a largo plazo que las que existen para el seguro de salud. Esto significa que las compañías de seguros de atención a largo plazo miran su historia de salud y afecciones médicas al decidir si le dan o no un plan.

- Una patología previa, o afección médica preexistente, es un problema de salud que una persona tiene antes de ser cubierto por un plan de seguro médico. Las afecciones médicas preexistentes pueden incluir diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y consumo de nicotina y tabaco. Tener una

patología previa no le impide automáticamente poder comprar un seguro de cuidado a largo plazo, pero puede ser un obstáculo. Cuanto más grave sea su afección médica preexistente, más probable será que se le niegue. El cáncer no es un descalificador inmediato, pero es mejor comprar un seguro de cuidado a largo plazo mientras usted está sano.

- Si compra su seguro de atención a largo plazo antes de desarrollar una de las afecciones médicas mencionadas anteriormente, entonces su póliza cubrirá la atención que necesita para esa afección médica.

Si actualmente necesita cuidado a largo plazo y tiene una afección médica preexistente, sus opciones serán limitadas. Una opción que usted puede tener es calificar para la cobertura de la atención a largo plazo a través de Medicaid.

Para obtener más información sobre como pagar la atención a largo plazo, visite [CancerFinances.org](https://www.CancerFinances.org).

Contratar a un cuidador

Las personas pueden encontrar que se beneficiarían de tener un cuidador después de ser diagnosticadas con cáncer. Si una persona califica para Medicaid, también puede calificar para servicios de apoyo en el hogar que pagarán por que un cuidador ayude en el hogar.

Algunos estados también permiten que esos servicios sean prestados por miembros de la familia, y luego los miembros de la familia serán pagados como cuidadores a través del programa. Para encontrar las reglas en su estado, visite [TriageCancer.org/StateLaws](https://www.TriageCancer.org/StateLaws).

Para obtener recursos adicionales, visite:
[TriageCancer.org/Cancer-Related-Legal-Issues](https://www.TriageCancer.org/Cancer-Related-Legal-Issues)
[TriageCancer.org/Caregiving](https://www.TriageCancer.org/Caregiving)

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

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.

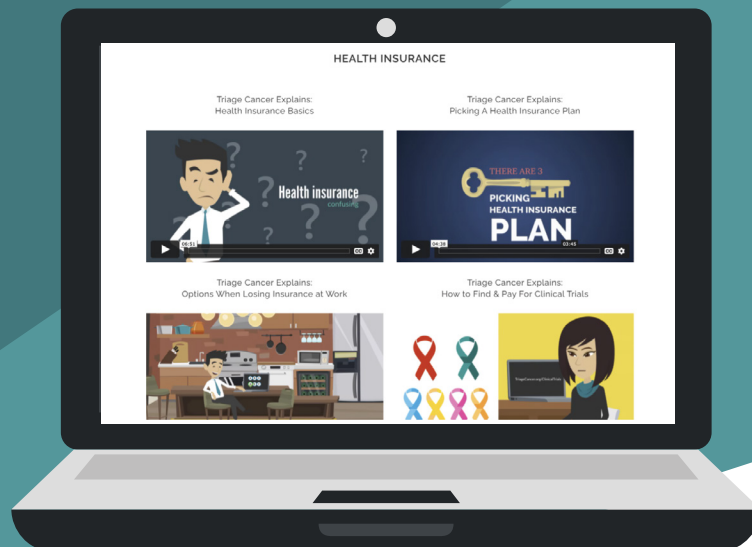
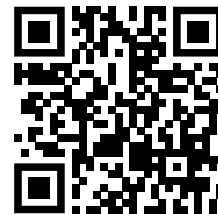
Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageCancer.org/EstatePlanning

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales
- Seminarios web
- **CancerFinances.org**

Conclusión

Esta guía práctica aborda los problemas más comunes que surgen para los adultos mayores 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.

Vea nuestros videos animados en
TriageCancer.org/AnimatedVideos



Esta guía fue patrocinada en parte por:



© Triage Cancer