



ASCO[®]answers

Manejo del costo económico del tratamiento en paciente con cáncer

Guía práctica para pacientes y
sus familias

Cancer.Net

Información al paciente aprobada por el médico
American Society of Clinical Oncology (ASCO[®])



ACERCA DE LA AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

Fundada en 1964, la American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, ASCO por sus siglas en inglés) está comprometida a establecer un gran cambio en la atención del cáncer. Como la organización de su tipo líder en el mundo, la American Society of Clinical Oncology representa a casi 45.000 profesionales oncólogos que atienden a personas que viven con cáncer. A través de la investigación, la educación y la promoción de la atención del paciente de la más alta calidad, la American Society of Clinical Oncology trabaja para vencer el cáncer y crear un mundo en el que el cáncer se prevenga o se cure, y donde cada sobreviviente esté sano. La American Society of Clinical Oncology cuenta con el respaldo de su organización afiliada, la Conquer Cancer Foundation of the American Society of Clinical Oncology (Fundación para Vencer al Cáncer de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica). Lea más sobre el tema en www.asco.org, explore recursos de educación para pacientes en www.cancer.net, y síganos en Facebook, Twitter, LinkedIn y YouTube.

Cancer.Net

Información al paciente aprobada por el médico
American Society of Clinical Oncology (ASCO®)

ACERCA DE CANCER.NET

Cancer.Net proporciona en forma oportuna información integral sobre el cáncer aprobada por oncólogos de la American Society of Clinical Oncology, con el apoyo de Conquer Cancer. Cancer.Net ofrece la experiencia y los recursos de la American Society of Clinical Oncology a las personas que viven con cáncer y a quienes los cuidan y se preocupan por ellos, para ayudar a los pacientes y a las familias a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud.

Los programas de educación para pacientes de la American Society of Clinical Oncology están respaldados por los siguientes:

CONQUER CANCER™
THE ASCO FOUNDATION

Manejo del costo económico del tratamiento en paciente con cáncer

Índice

Introducción a los costos de la atención del cáncer	4	La Ley de Cuidado de Salud Asequible y el cáncer	14
Comprensión de los costos relacionados con la atención del cáncer	5	Reforma general del seguro de salud	14
Seguro de salud	8	Para personas sin seguro de salud	15
Seguro privado	8	Apelación de resoluciones del plan médico	16
Programas de seguro patrocinados por el gobierno	9	Para personas que participan en ensayos clínicos	17
Ejemplos de seguros	10	Cómo organizarse	18
Otros tipos de seguro	12	Preguntas para hacer	21
		Recursos financieros	25
		Diccionario de costos y seguro	29

ASCO ANSWERS, una recopilación de materiales educativos para pacientes, aprobados por oncólogos y desarrollados por la American Society of Clinical Oncology para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Las ideas y opiniones que se expresan en el cuadernillo *Manejo del costo de la atención del cáncer* no reflejan necesariamente las opiniones de la American Society of Clinical Oncology ni de la Conquer Cancer Foundation de la American Society of Clinical Oncology. La información incluida en esta guía no pretende servir como consejo médico o legal ni como sustituto de la consulta con un médico u otro proveedor de atención médica con licencia. Los pacientes que tengan preguntas relacionadas con la atención médica deben visitar o consultar de inmediato a su médico u otro profesional de la atención médica, y no deben desatender el consejo médico profesional ni retrasar la búsqueda de tal consejo debido a la información encontrada en este cuadernillo. La mención de cualquier producto, servicio o tratamiento en esta guía no debe interpretarse como un aval de la American Society of Clinical Oncology. La American Society of Clinical Oncology no se responsabiliza de ninguna lesión o daño producido en personas o bienes que surja del uso de materiales educativos de la American Society of Clinical Oncology para pacientes o que se relacione con estos o con cualquier error u omisión.

Introducción a los costos de la atención del cáncer

El costo de la atención del cáncer puede ser alto y pueden surgir gastos extra que usted no había planeado durante este tiempo. A menudo, el impacto económico del diagnóstico de cáncer es un motivo de estrés y ansiedad importante para las personas con cáncer y sus familias. Para algunos, estos gastos económicos son un motivo importante por el que los pacientes no siguen o completan su plan de tratamiento para el cáncer. Sin embargo, no seguir su plan de tratamiento por algún motivo puede poner en riesgo su salud y ocasionar costos aún más altos en el futuro.

Este cuadernillo ha sido diseñado para ayudarlo a identificar los costos médicos de la atención del cáncer y otros costos relacionados y para ayudarlo a hablar abiertamente con los miembros del equipo de atención médica acerca de reducirlos o manejarlos. Incluye herramientas, información y recursos que lo asistirán en la planificación financiera antes, durante y después del tratamiento. Al calcular poco después de un diagnóstico de cáncer cuáles son los costos que puede esperar, podrá manejar sus inquietudes financieras de la manera más efectiva posible para que usted o un familiar reciban la mejor atención posible.



Comprensión de los costos relacionados con la atención del cáncer

Después de recibir el diagnóstico de cáncer, es importante pensar en los distintos tipos de costos que podrían sumarse durante el tratamiento y la recuperación. Esto lo ayudará a determinar el tipo de presupuesto, apoyo o asistencia financiera que puede necesitar. Sus costos personales dependerán de varios factores, incluidos el tipo y la duración del plan de tratamiento del cáncer y el alcance de su cobertura de seguro de salud.



Algunos costos pueden resultar más obvios que otros. Por ejemplo, muchas personas piensan rápidamente acerca de cuánto les costará un medicamento en particular según la cobertura de seguro que tengan. Sin embargo, también existen otros costos, a menudo llamados "costos ocultos", que deberá considerar. Estos son costos de la vida diaria que aumentan debido a una enfermedad crónica (a largo plazo) y a su tratamiento.

Por ejemplo, sus gastos de gasolina y estacionamiento aumentarán mucho si debe viajar 20 millas hasta un centro de radioterapia todos los días para el tratamiento. O bien, podría sumarse un nuevo gasto a su presupuesto si necesita a una persona que cuide de los niños todos los martes para poder ir al consultorio médico para recibir quimioterapia. Al mismo tiempo, debido a las demandas del programa de tratamiento, quizá deba trabajar menos, lo cual hará que gane menos dinero.

Para comenzar, puede resultar útil agrupar los diferentes tipos de costos en función de su presupuesto y sus necesidades. Las categorías financieras comunes para la atención del cáncer incluyen:

Citas con el médico. Incluye pagos para la atención médica que recibe en cada visita al médico, como un examen físico o un control médico. En la mayoría de las situaciones, su proveedor de seguros requiere que usted pague una tarifa llamada copago cada vez que visita al médico. La cantidad del copago está establecida por la compañía de seguros, no por el médico ni por el consultorio médico. Además, normalmente habrá un pago separado necesario para cada prueba de laboratorio, como análisis de sangre u orina, que se realice en su cita.



Tratamiento contra el cáncer. Incluye pagos para la atención médica que recibe durante su tratamiento del cáncer, como cada sesión de radioterapia. Si está participando en un estudio clínico, es probable que deba considerar otros factores relacionados con el costo. En general, el tratamiento del cáncer puede tener una duración de algunos días hasta algunos

meses o incluso años, de manera que deberá planificar, con la ayuda de un médico o enfermero, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo tendrá estos gastos en efectivo.

Medicamentos. Incluye pagos para los medicamentos específicos recetados durante su período de tratamiento, como quimioterapia y fármacos para ayudar a tratar los efectos secundarios comunes.

Transporte y viajes. Incluye los gastos que pueda tener debido a viajes hacia y desde el consultorio médico o el centro de tratamiento, ya sea en automóvil, ómnibus, tren o avión. Según dónde usted decida recibir tratamiento, tal vez también necesite pagar un hotel u otro alojamiento.

Gastos familiares y de vida. Incluye costos relacionados con la administración de su casa y el cuidado de su familia durante el tratamiento del cáncer, como cuidado de los niños, cuidado de personas mayores y ayuda para sobrellevar los problemas.

Cuidados del paciente, atención a domicilio y atención a largo plazo. Incluye cualquier cuidado adicional que una persona con cáncer puede necesitar, como contratar a una persona para preparar las comidas o trasladar al paciente a cada cita médica. También podría incluir atención prolongada de enfermería en un centro especializado o los servicios de un asistente de atención médica en el hogar.

Aspectos legales, financieros y laborales. Se trata de los costos que surgen cuando una persona necesita guía profesional sobre aspectos legales, financieros y laborales relacionados con un diagnóstico de cáncer. Esto puede incluir abordar la pérdida de salarios del paciente o del cuidador, aprender sobre derechos laborales según la ley, entender los gastos médicos durante la presentación del impuesto sobre la renta o redactar un testamento.

Pensar en todos estos costos potenciales podría hacerle sentir ansiedad acerca del futuro. Sin embargo, los recursos financieros, como los indicados al final de este cuadernillo, además de un representante del consultorio de su médico o un proveedor de seguro de salud para ayudarlo a comprender mejor estos costos. Si continúa sintiéndose abrumado acerca de su futuro financiero, pídale ayuda a un familiar de confianza, a un amigo, un trabajador social u otro miembro del equipo de atención médica.

LA HISTORIA DE MATÍAS

A Matías, un niño de 8 años, se le diagnosticó linfoma. Su tratamiento requiere muchas citas médicas, lo que implica una gran pérdida del salario de su madre, quien se encuentra sola a cargo de sus tres hijos. Su empleador permite que se tome días libres sin ningún tipo de problema, pero esos días libres no son remunerados. Además, a pesar de que la familia cuenta con un seguro, la madre de Matías descubrió que la póliza tiene ciertas limitaciones en la cobertura de ciertos costos médicos.

Un trabajador social se reunió con la madre de Matías poco después del diagnóstico de Matías como parte de los procedimientos estándar del centro para pacientes nuevos. El trabajador social y la madre de Matías trabajaron en conjunto para identificar varios programas de ayuda, entre los que se encontraron los beneficios por discapacidad del Seguro Social, un servicio local en su centro oncológico y dos programas financiados por organizaciones nacionales de cáncer infantil. Actualmente la madre de Matías dice que, si bien el problema no está resuelto, la familia tiene un mejor control sobre los costos continuos relacionados con la enfermedad.

Seguro de salud

El tipo de cobertura de seguro de salud que usted tiene cumple una función importante en el monto de los costos en efectivo que usted puede esperar pagar a lo largo del tratamiento y la recuperación del cáncer. La siguiente información lo ayudará a comprender los diferentes tipos de seguro de salud y qué costos médicos cubren en general. En el Diccionario de costos y seguros al final de este cuadernillo podrá encontrar definiciones de muchos de los términos que se usan en esta sección.

Seguro privado

COBERTURA DE “PAGO POR SERVICIO”

Este tipo de plan generalmente no impone restricciones sobre qué doctores u hospitales usted puede usar. Simplemente debe dirigirse al médico, hospital o centro de atención de la salud de su elección, en cualquier momento o en cualquier lugar, presentar un formulario de reclamación y la compañía de seguros de salud pagará la cuenta. Normalmente, usted comparte una parte del costo en forma de copagos o un coseguro, y algunos tipos de servicios pueden no estar cubiertos. A pesar de que los planes de “pago por servicio” permiten la mayor libertad para elegir médicos y hospitales, puede haber restricciones en algunos servicios, entre los cuales se incluyen servicios de salud mental, fisioterapia, atención médica a domicilio, tratamientos de investigación o medicina alternativa.

HMO

Como miembro de una HMO, debe pagar una prima mensual y un pequeño copago adicional por cada visita al consultorio. Una HMO generalmente no requiere que presente formularios de reclamación, a menos que visite a médicos que no son miembros del plan. Una HMO puede ser un centro de atención de la salud propiamente dicho, en el cual todos los médicos en el consultorio forman parte de la organización. En otros casos, los médicos individuales tienen un contrato con la HMO para atender a los pacientes cubiertos por el plan. Este acuerdo se conoce como una asociación de práctica individual. Como con la mayoría de los planes de seguros, los servicios cubiertos pueden variar. Por ejemplo, algunos tipos de servicios de salud mental, medicina alternativa y fisioterapia pueden no estar cubiertos, o pueden estar cubiertos solo de forma limitada.

PPO

Una PPO es un tipo de seguro de salud que cubre la mayoría de los costos médicos cuando una persona visita a médicos que forman parte de la red de médicos aprobados del plan. A diferencia de una HMO, una PPO en general no le exige que vea a un médico de atención primaria designado que maneje su atención y controle su acceso a un especialista. Es posible que una PPO sea más flexible que una HMO en permitir visitas a médicos fuera de la red, aunque estas visitas generalmente requieren que usted pague un porcentaje mayor de la cuenta. Algunos tipos de servicios, como servicios de salud mental, fisioterapia, atención médica a domicilio, tratamientos de investigación o medicina alternativa, pueden no estar cubiertos.



Programas de seguro patrocinados por el gobierno

MEDICARE

Medicare es un seguro de salud proporcionado por el gobierno federal a las personas a partir de los 65 años, así como también a algunos ciudadanos estadounidenses con discapacidades. Las personas de más de 65 que reúnen los requisitos necesarios para los beneficios del Seguro Social o de la Jubilación Ferroviaria califican automáticamente para Medicare, junto con su cónyuge. Medicare tiene diferentes "partes" que sirven a fines diferentes y, algunas veces, complementarios.

- Medicare Parte A cubre la atención de pacientes internados (como la atención hospitalaria), la atención de enfermeros calificados, la atención en centros de cuidados paliativos y un alcance limitado de servicios de atención a domicilio. Estos servicios son gratuitos.
- Medicare Parte B proporciona cobertura financiera para servicios de médicos, atención de pacientes ambulatorios, fisioterapia y terapia ocupacional, y suministros seleccionados que sean considerados médicamente necesarios.
- Medicare Parte C, también llamado Medicare Advantage, es un plan de seguro administrado por compañías privadas aprobadas por Medicare. Combina Medicare Partes A y B y puede incluir la cobertura de medicamentos recetados.

Ejemplos de seguros

Comprender los beneficios y las limitaciones de su póliza de seguro puede resultar una tarea compleja, pero es importante aprender exactamente qué proporciona su cobertura. Los siguientes ejemplos ayudan a ilustrar cómo funcionan los copagos, el coseguro y los deducibles. Le recomendamos firmemente que hable con un representante de su proveedor de seguros, quien podrá explicarle los detalles de su plan específico.

EJEMPLO DE SEGURO N.º 1: COPAGOS

Anna necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. Smith y el Dr. Jones. El Dr. Smith cobra \$100 la visita y el Dr. Jones cobra \$500 la visita. Si el seguro de Anna requiere que ella abone un copago de \$20 por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo en las citas?

Respuesta:

Anna pagará \$20 en cada consultorio médico (\$40 en total). Dado que un copago es una cantidad fija de dinero, el pago del paciente no depende de la cantidad de la cuenta.

EJEMPLO DE SEGURO N.º 2: COSEGURO

Martin necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. Andrews y el Dr. Adams. El Dr. Andrews cobra \$100 la visita y el Dr. Adams cobra \$500 la visita. Si el seguro de Martin establece que él debe abonar un coseguro del 20% por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo por las citas?

Respuesta:

Multiplique cada tarifa por el porcentaje del coseguro.

- El pago de Martin al Dr. Andrews será de \$20, ya que $\$100 \times 20\% = \20
- El pago de Martin al Dr. Adams será de \$100, ya que $\$500 \times 20\% = \100

EJEMPLO DE SEGURO N.º 3: COSEGURO Y DEDUCIBLES

Supongamos que Kathy tiene un deducible de \$2,000 por año y su coseguro para una visita al hospital es del 20%. Hace poco se sometió a una cirugía que le costó \$10,000. ¿Cuánto tiene que pagar en efectivo?

Respuesta:

PASO 1. Reste el deducible del total de la tarifa: $\$10,000 - \$2,000 = \$8,000$.

PASO 2. Multiplique la diferencia por el porcentaje de coseguro: $\$8,000 \times 20\% = \$1,600$. Esto da como resultado la cantidad de coseguro de Kathy.

PASO 3. Sume el deducible (\$2,000) y la cantidad del coseguro (\$1,600) para obtener la cantidad total que deberá pagar Kathy: $\$2,000 + \$1,600 = \$3,600$.

- Medicare Parte D es un beneficio de inscripción opcional que cubre medicamentos recetados.

Como puede ver, Medicare no cubre todos los gastos de la atención de la salud. Estos gastos se denominan "vacíos" ("gaps") y algunas personas deciden comprar una póliza Medigap para cubrir copagos, coseguros, deducibles y otros gastos en efectivo. Durante los últimos años, ha habido muchas revisiones en las leyes de Medicare acerca de la cobertura de los tratamientos ambulatorios. Según el plan Medicare del paciente, este puede ser responsable de un copago del 20 % si no tiene otro seguro disponible.

MEDICAID

Medicaid es un programa de seguro de salud pagado por el gobierno federal y los gobiernos estatales y administrado por cada estado. Cubre a personas que reúnen los requisitos por ser mayores, ciegas o discapacitadas, así como a determinadas personas en familias con hijos dependientes. Cada estado opera el programa en forma individual y determina quién es elegible y qué servicios están cubiertos en ese estado específico.

Para obtener más información sobre Medicare y Medicaid, visite www.cms.gov. También puede encontrar información sobre Medicare en es.medicare.gov.

MERCADOS DE SEGURO DE SALUD

El 1 de octubre de 2013, los mercados de seguro de salud, o intercambios, abrieron las inscripciones. Creados como parte de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible 2010, los intercambios representan una forma nueva mediante la cual los individuos y las familias pueden elegir y adquirir un seguro de salud. Según dónde viva usted en los Estados Unidos, puede comparar diferentes planes de seguro de salud y precios y encontrar el más conveniente para usted. Para las personas que actualmente no tienen seguro de salud o no están cubiertas por un empleador, este mercado puede resultarles útil. Para 2014, el período de inscripción abierta se extiende hasta el 31 de marzo de 2014. Para la cobertura que comienza en 2015, el período de inscripción abierta se extiende desde el 15 de noviembre de 2014 al 15 de enero de 2015.



LA HISTORIA DE ALICIA

Alicia, una mujer de 48 años, casada y madre de dos hijos en edad escolar, ha recibido un diagnóstico de cáncer de colon. Su empleo en una escuela le permite contar con un seguro médico, pero la póliza incluye un deducible de \$3,000 que debe abonarse antes de que comiencen los pagos. Su médico local solicita que el tratamiento empiece con una terapia dirigida comprobada, pero ella no puede pagar el deducible inicial para los medicamentos.

Luego de hacer algunas investigaciones en línea, descubrió que no es elegible para la mayoría de los programas de asistencia con medicamentos porque tiene un seguro médico. Entonces, acudió a una organización nacional que le proporcionó un subsidio para pagar el primer tratamiento, que ya está programado para empezar. El trabajador social de la misma organización ayudó a Alicia a prepararse para hablar sobre la enfermedad con sus hijos para que ellos pudieran afrontar la situación de la mejor manera.

Para analizar y comparar planes de seguro de salud y obtener más información, visite el recurso oficial de mercados de seguro de salud, www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 800-318-2596. Otros recursos que pueden ayudarlo a comprender más sus opciones de seguro bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible incluyen Health Law Helper (www.aseguratusalud.org) y Cancer Insurance Checklist (www.cancerinsurancechecklist.org/es).

Otros tipos de seguro

Aunque el seguro de salud cubre algunos de los costos de la atención del cáncer, no se cubren otros costos. Muchos de estos gastos adicionales pueden estar cubiertos si usted ha adquirido otros tipos de seguro.

Seguro complementario. Una póliza de seguro complementaria ayuda a cubrir los gastos no cubiertos por su seguro primario o los costos que paga como parte de su plan existente. Esta póliza generalmente cubre deducibles, un coseguro, copagos y otros gastos

en efectivo. También puede ofrecer beneficios adicionales, como compensación por la pérdida de ganancias debido a ausencias en el trabajo.

Seguro por discapacidad. Reemplaza los ingresos perdidos por la imposibilidad de trabajar debido a lesiones o enfermedades a largo plazo. Dicha cobertura se suele proporcionar a través de su empleador o de programas patrocinados por el gobierno, aunque también están disponibles las pólizas individuales.

Seguro de indemnización hospitalaria. Proporciona cobertura limitada para estancias hospitalarias, normalmente una cantidad fija por día, hasta una duración máxima de la estancia. Las personas pueden decidir comprar este tipo de seguro si su plan de seguro básico limita la cobertura de la atención hospitalaria.

Seguro de atención a largo plazo. Dado que la mayoría de los planes de seguros privados básicos y Medicare normalmente proporcionan cobertura muy limitada para la atención a largo plazo, como el cuidado en una clínica de reposo, algunas personas eligen obtener cobertura adicional para compensar los costos de dicha atención.



Asimismo, algunos gastos médicos no cubiertos por el seguro, incluido el millaje para viajes hacia y desde las citas, los medicamentos recetados y las comidas durante visitas médicas prolongadas, se pueden deducir de los impuestos federales sobre la renta. Un asesor de impuestos puede ayudarlo a aclarar estas normas.

Para obtener una descripción más detallada de los diferentes tipos de seguro de salud, visite www.cancer.net/seguro.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible y el cáncer



En marzo de 2010, se promulgó la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible, a menudo llamada reforma de atención de la salud, que modifica varias normas concernientes a la cobertura del seguro de salud en los Estados Unidos. Para las personas con cáncer, esta ley abarca áreas relacionadas tanto con el costo de la atención médica como con el acceso a ella. A continuación se resumen los puntos más importantes

de la nueva ley, muchos de los cuales entraron en vigencia el 1 de enero de 2014, salvo especificación en contrario. Puede conocer más detalles en el sitio web del gobierno federal, www.cuidadodesalud.gov/es.

Reforma general del seguro de salud

- Los planes de salud privados no tienen permitido establecer un límite de por vida (llamado tope) al valor en dólares de la cobertura de una persona, lo cual significa que una compañía de seguros no puede negarse a cubrir la atención médica de una persona por el resto de la vida de esa persona una vez alcanzado un monto en dólares específico.
- La ley prohíbe que los nuevos planes y los planes grupales existentes impongan límites anuales en dólares en la mayoría de los beneficios cubiertos (esto se aplica a los beneficios no esenciales). Esto significa que las compañías de seguros no pueden negarse a pagar la atención después de que usted haya alcanzado un monto en dólares específico para ese año para cualquier beneficio que esté cubierto. Usted sí podría ser responsable de pagar los beneficios que no están cubiertos en su plan.

- Las aseguradoras no pueden retirar la cobertura excepto en casos de fraude. Antes, las compañías de seguros podían rescindir la cobertura por un error o alguna otra equivocación técnica en la solicitud de seguro presentada por un paciente. Ahora esta práctica es ilegal.
- Los planes de seguro que ofrecen cobertura para dependientes ahora tienen la obligación de ampliar la cobertura para incluir a los hijos hasta los 26 años.
- No se les puede denegar la cobertura a los adultos e hijos dependientes menores de 19 años por enfermedades preexistentes. Puede haber excepciones para personas cubiertas por planes individuales con derechos adquiridos.
- En el mercado individual y de grupos pequeños, la ley elimina la capacidad de las compañías de seguros de cobrar tarifas más altas porque el paciente es hombre o mujer o porque tiene una afección médica específica.
- Para los planes que comienzan el 1 de enero de 2014 o después de esta fecha, los períodos de espera para la cobertura mayores de 90 días quedarán prohibidos para los planes de salud grupales.

Para personas sin seguro de salud

- La mayoría de los ciudadanos estadounidenses y residentes legales estarán obligados a tener un seguro de salud a partir de 2014. Se pueden conceder exenciones en casos de dificultades financieras, objeciones religiosas, indios americanos, personas sin cobertura durante menos de tres meses, inmigrantes indocumentados, personas encarceladas, personas para quienes la opción de plan de menor costo excede el 8 % de los ingresos de un individuo y personas con ingresos por debajo del umbral de declaración de impuestos. Gradualmente durante 2014 se introducirán sanciones para personas que pueden pagar un seguro de salud pero deciden no hacerlo.
- Las personas sin seguro pueden adquirirlo en el mercado de seguros de salud (intercambios de seguro). Estos intercambios ayudarán a las personas y pequeñas empresas con la compra de la cobertura. Habrá primas y créditos de costos compartidos

disponibles para personas y familias que ganen hasta el 400 % del nivel de pobreza federal (en 2013, \$45,960 para individuos y \$94,200 para una familia de cuatro integrantes).

- Se requirió a los estados que crearan un sitio web para ayudar a los residentes a identificar las opciones de cobertura en un formato estandarizado. Esto incluye el sitio web www.cuidadodesalud.gov/es, del gobierno federal, que brinda información sobre la nueva ley y las opciones de seguros para los consumidores.
- En 2012, la Corte Suprema descartó que un estado tenga la opción de ampliar la cobertura de Medicaid a personas menores de 65 años, con ingresos de hasta el 133 % del nivel de pobreza federal y que no sean elegibles para Medicare de alguna otra manera. (En 2013, este monto fue de aproximadamente \$15,282 para un individuo y \$31,322 para una familia de cuatro integrantes).

Apelación de resoluciones del plan médico



A partir de los años del plan que comenzaron el 1 de julio de 2011, las compañías de seguros que nieguen el pago de un tratamiento o servicio deben realizar apelaciones internas, a solicitud del paciente, dentro de plazos específicos: 72 horas después de recibir una apelación de atención médica urgente; 30 días en el caso de la atención médica no urgente que todavía no haya recibido y 60 días para los servicios que ya recibió. Si luego de la apelación interna se le sigue negando la cobertura, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa independiente. Si la revisión externa revoca la negación de servicios, su compañía de seguros debe cubrir el pago o los servicios solicitados en su reclamación.

Para personas que participan en ensayos clínicos

Para los planes que comienzan el 1 de enero de 2014 o después de esta fecha, las compañías aseguradoras no pueden limitar ni cancelar la cobertura para una persona que decida participar en un ensayo clínico. Los planes de salud con derechos adquiridos no están obligados a cumplir con este requisito. Esto se aplica a los estudios clínicos para el tratamiento del cáncer, además de otras enfermedades que ponen en riesgo la vida.

LA HISTORIA DE DANIEL

Daniel, un hombre de 56 años, recibió hace poco un diagnóstico de cáncer de lengua. Su tratamiento incluye radioterapia cinco veces a la semana y quimioterapia una vez por semana. Aunque Daniel reside en la misma ciudad donde se encuentra el centro oncológico, tiene dificultades para asistir al tratamiento porque solo cuenta con unos pocos amigos que lo ayuden. Su único ingreso es el cheque mensual del Seguro Social y se encuentra sin seguro porque, a pesar de ser ciudadano estadounidense, no tiene la documentación necesaria para obtener Medicaid. Su plan de tratamiento incluye, además, cremas para la piel y suplementos nutricionales, pero como no podía pagarlos tuvo que abandonar el tratamiento en poco tiempo.

Daniel fue remitido a un trabajador social a través de su equipo de atención médica. El trabajador social localizó un programa de transporte patrocinado por la ciudad y, mediante una institución benéfica, consiguió los fondos necesarios para adquirir los suplementos nutricionales y las cremas que Daniel necesitaba. Además, el trabajador social lo ayudó a encontrar recursos que cubrieron sus costos de medicamentos. Gracias a este apoyo, Daniel logró concluir el tratamiento y recibe periódicamente atención de seguimiento.

Cómo organizarse

Después de un diagnóstico de cáncer, muchas personas sienten que lograr una buena organización los ayuda a ganar un sentido de control sobre toda la información que reciben, incluida la información financiera. Las siguientes sugerencias pueden ayudarlo a comenzar a mantener un registro de los costos y establecer un sistema de organización personal.

Elabore un sistema de archivo adecuado para usted. Un gabinete de archivo o un simple divisor de escritorio con carpetas individuales lo ayudará a guardar toda la información importante en un lugar y le resultará más rápido y fácil encontrarla. Archive la información nueva lo antes posible para no extraviarla. Sus archivos pueden incluir notas hechas durante las citas médicas, copias de los resultados de sus pruebas de laboratorio, su información de seguro personal e información de contacto del consultorio de su médico, el centro médico, la compañía de seguros, organizaciones de apoyo y otros.



Use la tecnología como herramienta para organizarse. Si prefiere usar una computadora para mantener un registro de la información importante, crear una hoja de cálculo con columnas para la fecha de la cita, el nombre del médico, el monto pagado, el estado de la reclamación del seguro y otras notas importantes puede ayudarlo a ver, de un vistazo, el estado de los pagos de los servicios médicos. También es posible realizar un seguimiento de la información financiera relacionada con la atención del cáncer en internet o usando una aplicación.

Solicite un administrador de casos. Pregunte a su compañía de seguros de salud si pueden asignarle un administrador de casos, para que pueda hablar con la misma persona cada vez que necesite hacer una consulta. También es importante mantener copias actuales de todas las pólizas de seguro; refiérase a ellas por nombre y número en las comunicaciones sobre la cobertura de seguro.

Tome notas adecuadas. Mantenga un registro escrito de todas las conversaciones que tenga con un representante de la compañía de seguros, e incluya la fecha, el nombre de la persona con la que habló y qué le dijo. Coloque los registros más nuevos adelante de su archivo, para tener una lista ordenada y actualizada de estas conversaciones.

Mantenga un registro de todos los gastos médicos que no hayan sido reembolsados. Esta información puede incluir las fechas de cada servicio, el monto pagado y el nombre del proveedor. Podría declarar estos gastos con fines relacionados a los impuestos. (Un profesional dedicado a impuestos puede asesorarlo sobre las normas actuales y los gastos elegibles).

Planifique con anticipación. Intente decidir con suficiente margen de tiempo de qué manera ajustará su presupuesto para resolver toda pérdida de ingresos debida al menor tiempo invertido en el trabajo, o los gastos que no están cubiertos por el seguro.

Solicite ayuda. Los amigos y familiares son excelentes recursos si necesita ayuda para mantener un registro de sus cuentas mensuales habituales. Posiblemente también le convenga usar un servicio de pago de cuentas para garantizar que los pagos se efectúen puntualmente.

LA HISTORIA DE ELENA

Elena tenía 44 años cuando se le diagnosticó por primera vez cáncer de mama hace cuatro años y ahora se le ha diagnosticado cáncer de mama metastásico. Elena solía tener un trabajo muy demandante por el que debía viajar mucho, pero el programa de quimioterapia intensiva y sus efectos secundarios la obligaron primero a reducir las horas de trabajo y, finalmente, a renunciar a su puesto. Como empleada, tenía acceso a una buena cobertura gracias a los beneficios de su seguro de atención a largo plazo y al seguro de salud; sin embargo, no sabía bien qué hacer con el seguro después de dejar su trabajo.

Con ayuda del asesor financiero de su centro de tratamiento, Elena solicitó diversos programas. Debido a su corta edad, no calificaba para la mayoría de los programas. No obstante, fue aprobada para recibir la cobertura por discapacidad del Seguro Social y de Medicare. Está muy agradecida con su asesor financiero por ayudarla a completar el papeleo necesario y comenta que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare cubre de manera significativa los costos continuos del tratamiento.

Para recibir más consejos para manejar su atención del cáncer, visite www.cancer.net/managingyourcare (en inglés).

Preguntas para hacer

Hablar sobre sus preocupaciones financieras a otros resulta difícil, especialmente si no sabe bien qué decir. No siempre está claro quién es la persona más indicada para responder a sus preguntas, de manera que hablar con su médico puede ser un buen comienzo. Otras personas y grupos que pueden ayudarlo a encontrar respuestas incluyen enfermeros, trabajadores sociales, administradores de casos, organizaciones de defensoría del paciente y el departamento de recursos humanos de su empleador. Además, las personas de su compañía de seguros pueden ayudar a responder preguntas acerca de su cobertura de atención médica específica.

Para iniciar una conversación acerca de sus finanzas, tal vez podría decir: "Me preocupan los costos relacionados con mi tratamiento del cáncer. ¿Podemos hablar de mis preocupaciones?". Luego, utilice las siguientes preguntas para orientar la conversación. No es necesario que haga todas estas preguntas, simplemente elija las que sean más importantes para su diagnóstico y su situación financiera. Además, recuerde que estas conversaciones con su equipo de atención médica continuarán a lo largo de todo su tratamiento.

COBERTURA DE SEGURO Y CUENTAS MÉDICAS

- ¿Quién maneja las preocupaciones y preguntas acerca del seguro de salud en este consultorio o centro médico?
- ¿Me ayudará esta persona a trabajar con mi proveedor de seguros de salud?
- ¿Esta persona me ayudará a entender mis cuentas médicas y los códigos en las cuentas para asegurarme de que son correctos?
- Si rechazan una reclamación de seguro, ¿quién me puede ayudar a presentar una apelación?
- ¿Quién puede ayudarme a organizar mis gastos, realizar un seguimiento de las cuentas entrantes y planificar mi presupuesto?

CITAS

- ¿Cuál es mi copago para cada visita al médico?
- ¿Cuándo vence este pago?
- Si necesito varias visitas a un consultorio médico, ¿existe una póliza mediante la cual pueda pagar el copago solo una vez o no tenga que pagarlo (lo que se llama "exención")?

- ¿Ofrecen planes de pago?
- ¿Se me facturarán por separado las pruebas de laboratorio, como los análisis de sangre? ¿Mi seguro de salud cubre estas pruebas?
- ¿Mi seguro cubre otras visitas médicas, por ejemplo, por una segunda opinión?

COSTOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER: GENERALES

- ¿Quién puede ayudarme a calcular el costo total del plan de tratamiento recomendado?
- Si no puedo pagar este plan de tratamiento, ¿podemos considerar otras opciones de tratamiento que no sean tan costosas?
- ¿Mi compañía de seguros de salud debe aprobar alguno o todos los planes de tratamiento antes de que comience el tratamiento?
- ¿Tienen algún tipo de conflicto de interés financiero en recomendar este plan para mí?
- ¿Está el centro de tratamiento que me recomiendan en la red de mi plan de seguro?
- Si necesito ser hospitalizado, ¿qué prestaciones cubre mi seguro de salud?
- Si recibo tratamiento como paciente ambulatorio, ¿qué prestaciones cubre mi seguro de salud?
- ¿Existe la posibilidad de cambiar mi programa de tratamiento, de ser necesario, para coordinarlo con mi trabajo o el cuidado de los niños?
- ¿Habrá un copago para cada tratamiento individual?
- ¿Dónde puedo obtener asesoramiento o apoyo gratuito o de bajo costo que me ayude a sobrellevar mi diagnóstico?

ENSAYOS CLÍNICOS

- ¿Qué gastos tendré si ingreso en un ensayo clínico?
- ¿Qué costos ya están cubiertos?
- ¿Cómo se comparan los costos del ensayo clínico con los costos del tratamiento estándar? ¿Uno tiene un costo superior al otro?
- ¿Puedo recibir un reembolso por alguno de los costos del ensayo clínico?

COSTOS DE LA MEDICACIÓN

- ¿Cuál es mi copago de receta para este medicamento?
- ¿Esta receta es un costo único o representará un gasto continuo?
- ¿Este medicamento está en la lista de medicamentos preferidos de mi plan de seguro de salud?
- ¿Puedo cambiar a un medicamento de marca más económica dentro de la misma clase?

- ¿Existe un medicamento genérico disponible que tenga el mismo efecto?
¿Es menos costoso?
- ¿Podemos revisar regularmente mi lista de medicamentos para ver si hay maneras de reducir los costos?
- Para manejar los efectos secundarios, ¿existe un medicamento de venta libre que tenga el mismo efecto que el recetado? ¿Es menos costoso?
- ¿Existen programas que puedan ayudar a cubrir los costos de mis medicamentos para el tratamiento del cáncer o los efectos secundarios?

GASTOS ASOCIADOS: TRANSPORTE Y VIAJES

- ¿Existe transporte gratuito o de bajo costo para pacientes en el centro médico donde recibiré tratamiento?
- ¿Existen tarifas de estacionamiento reducidas para pacientes en el consultorio o centro médico?
- ¿Existe una organización que pueda ayudarme a pagar el transporte desde y hacia los tratamientos y las citas médicas?
- Si viajo a larga distancia, ¿existen hoteles o alojamientos gratuitos o de costo reducido cerca del centro de tratamiento?



GASTOS ASOCIADOS: GASTOS FAMILIARES Y DE VIDA

- Si tengo problemas para pagar artículos básicos, como alimentos o calefacción, debido al costo de mi tratamiento del cáncer, ¿existen organizaciones que pueden ayudarme?
- ¿Dónde puedo obtener cuidado gratuito o de bajo costo para niños o personas mayores durante mi tratamiento?
- ¿Dónde puedo obtener elementos personales gratuitos o de bajo costo, como una peluca, en caso de necesitarla?
- ¿Existe una organización que pueda proporcionar asesoramiento o apoyo gratuito o de bajo costo a mi familia?

GASTOS ASOCIADOS: CUIDADOS DEL PACIENTE, ATENCIÓN A DOMICILIO Y ATENCIÓN A LARGO PLAZO

- ¿Existe la posibilidad de cambiar mi programa de tratamiento, de ser necesario, para coordinarlo con el trabajo y los horarios de mi cuidador?
- ¿Podemos hablar acerca de los costos de atención si no tengo un familiar o amigo que me acompañe a las citas o me cuide en mi hogar?
- ¿Existen organizaciones locales que puedan proporcionar atención a domicilio u otros servicios gratuitos o de bajo costo?
- ¿Debo realizar planes financieros de cuidado médico a largo plazo, como una clínica de reposo o un centro de cuidados paliativos?

GASTOS ASOCIADOS: ASPECTOS LEGALES, FINANCIEROS Y LABORALES

- ¿Con quién puedo hablar si he perdido ingresos debido a mi cáncer?
- Si tengo dificultades en mi trabajo relacionadas con mi cáncer, ¿quién puede ayudarme a comprender mis derechos legales?
- Si mi cuidador tiene dificultades en su trabajo debido a mi cáncer, ¿quién puede ayudarnos a comprender nuestros derechos legales?
- ¿Dónde puedo averiguar si mis gastos médicos y relacionados se pueden deducir de mis impuestos federales sobre la renta?
- ¿Dónde puedo obtener ayuda gratuita o de bajo costo con la planificación sucesoria y cuestiones legales, como la redacción de mi testamento o la concesión de un poder legal?

Recursos financieros

Las siguientes organizaciones nacionales ofrecen ayuda a las personas con cáncer que tienen problemas financieros. Debe comunicarse directamente con estas organizaciones para obtener más información sobre sus programas y servicios específicos, incluidos los criterios de elegibilidad. Puesto que los programas y los servicios cambian continuamente, visite Cancer.Net (www.cancer.net/recursos) para obtener la información más actualizada y otras organizaciones y recursos de apoyo.

ASISTENCIA FINANCIERA EN GENERAL Y AYUDA CON COPAGOS

American Cancer Society

www.cancer.org/es

800-227-2345

Good Days

www.mygooddays.org/es/

877-968-7233

Be The Match

www.bethematch.org

888-999-6743

HealthWell Foundation

www.healthwellfoundation.org

800-675-8416

CancerCare

www.cancercare.org/espanol

800-813-4673

The Leukemia and Lymphoma Society

<https://www.lls.org/lls-espanol/>

800-955-4572

CancerCare Co-Payment

Assistance Foundation

www.cancercarecopay.org

866-552-6729

Lymphoma Research Foundation

www.lymphoma.org

800-500-9976

Cancer Financial Assistance Coalition

www.cancerfac.org

The MAX Foundation

www.themaxfoundation.org

888-462-9368

National Council on Aging

www.benefitscheckup.org

202-479-1200

National Foundation for Transplants

www.transplants.org

800-489-3863

National Organization for Rare Disorders

www.rarediseases.org

800-999-6673

NeedyMeds

http://www.needymeds.org/index_es.htm

800-503-6897

Partnership for Prescription Assistance

www.pparx.org/es

888-477-2669

PAN Foundation

www.panfoundation.org

866-316-7263

Patient Advocate Foundation

www.copays.org

866-512-3861

Patient Services Inc.

www.patientservicesinc.org

800-366-7741

RxHope

www.rxhope.com

877-267-0517

Sarcoma Alliance

www.sarcomaalliance.org

415-381-7236

RECURSOS PARA VIAJES Y HOSPEDAJES

Air Care Alliance

www.aircareall.org

888-260-9707

Air Charity Network

www.aircharitynetwork.org

877-621-7177

Air Compassion for Veterans

www.aircompassionforveterans.us

American Cancer Society: Hope Lodge

www.cancer.org/hopelodge

800-227-2345

Angel Airline Samaritans

www.angelairlinesamaritans.org

Corporate Angel Network

www.corpangelnetwork.org

914-328-1313

Joe's House

www.joeshouse.org

877-563-7468

LifeLine Pilots

www.lifelinepilots.org

800-822-7972

PALS (Patient AirLift Services)

www.palservices.org

888-818-1231

Patient Travel Referral

www.patienttravel.org

Ronald McDonald House Charities

www.rmhc.org

630-623-7048

Diccionario de costos y seguro

Administrador de casos: es un profesional de atención médica, a menudo un enfermero con experiencia en cáncer, que ayuda a coordinar la atención de una persona con cáncer antes, durante y después del tratamiento. En un centro médico, un administrador de casos puede brindar una amplia variedad de servicios a los pacientes, por ejemplo, administrar los planes de tratamiento, coordinar las aprobaciones del seguro de salud y localizar los servicios de apoyo. Las compañías de seguros también emplean administradores de casos.

Apelación: se presenta cuando usted le solicita a su compañía de seguros que reconsidere su decisión de negar el pago de un servicio o tratamiento. Usted tiene derecho a solicitar a su compañía de seguros que realice una revisión completa y justa de su decisión, lo cual se conoce como revisión interna. Si la compañía aún le niega el pago después de considerar su apelación, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) le permite que una organización de revisión independiente decida si aceptar o revocar la decisión del plan, lo cual generalmente se denomina revisión externa.

Asesor de pacientes: una persona, a menudo un enfermero o trabajador social, que ayuda a guiar a los pacientes, supervivientes, familiares y cuidadores a través del sistema de atención médica. Los asesores ofrecen numerosos servicios, que incluyen tramitación de ayuda financiera, transporte y cuidado de niños durante el tratamiento, coordinación de la atención entre varios médicos y apoyo emocional.

Atención de especialistas: atención médica proporcionada por un médico que se ha capacitado para tratar un problema de salud específico o un grupo específico de personas. Por ejemplo, un oncólogo es un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer.

Atención fuera de la red: los proveedores o centros de atención de la salud que no forman parte de la lista o red aprobada de una HMO o PPO se consideran “fuera de la red” (en oposición a los que pertenecen a una lista aprobada o están “dentro de la red”). La atención fuera de la red a menudo es más costosa que la atención dentro de la red, y puede incluir un deducible y requerir una aprobación previa para determinados servicios.

Beneficios de salud esenciales: un conjunto de servicios que un plan de seguro debe proporcionar a los pacientes. No puede haber límites en dólares por año sobre el costo que el seguro paga por los beneficios de salud esenciales. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los planes ofrecidos en mercados de grupos pequeños e individuos deben ofrecer productos y servicios en por lo menos 10 categorías para que el plan esté certificado y pueda ser ofrecido en los intercambios de atención médica. Las categorías de beneficios incluyen servicios de emergencia, bienestar preventivo y manejo de enfermedades crónicas y medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte www.cuidadodesalud.gov/es.

Beneficios no esenciales: son los servicios ofrecidos por un plan de seguros no incluidos en la categoría “beneficios esenciales”. Es posible que los pacientes sean responsables de algunos o todos estos costos.

Certificación previa: el proceso de solicitar la aprobación de un plan de seguros para servicios específicos, como un tratamiento, un procedimiento o una estancia hospitalaria, antes de que estos ocurran; también llamado preaprobación. Muchos hospitales y clínicas tienen coordinadores de certificación previa, asesores de pacientes o administradores de casos que ayudan a los pacientes con cáncer a través de este proceso.

COBRA: Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act). Una ley federal que permite a los empleados en peligro de perder su seguro de salud por determinadas circunstancias, como la renuncia al trabajo o la reducción de horas, pagar su cobertura de seguro y mantenerla durante un tiempo limitado.

Copago: una tarifa establecida, en dólares, que un proveedor de seguros requiere que pague un paciente cada vez que recibe atención. Por ejemplo, cada visita al oncólogo puede costar \$30 a un paciente; el proveedor de seguros paga el resto de los costos de la visita. La cantidad del copago es establecida por el proveedor de seguros y no por el consultorio médico.

Coseguro: el porcentaje de los costos de la atención médica que un paciente asegurado paga después de alcanzar el deducible anual del plan de atención de la salud. Por ejemplo, una tasa de coseguro 80/20 significa que la compañía de seguros paga el 80 % de los costos de atención de la salud aprobados, y el paciente paga en efectivo el 20 % restante de los costos.

Costos asociados: son aquellos relacionados con el diagnóstico de cáncer, pero no específicamente debido a la atención médica brindada para tratar la enfermedad; también llamados costos no médicos. El transporte y el cuidado de los niños durante el tratamiento son dos ejemplos comunes de costos asociados para las personas con cáncer.

Costos en efectivo: gastos que deben ser pagados con los recursos financieros personales del paciente; todos los gastos no cubiertos por el seguro.

Deducible: la cantidad de los costos de atención de la salud aprobados que un paciente asegurado debe pagar en efectivo cada año antes de que el plan de atención de la salud comience a pagar los costos.

Enfermedad preexistente: afección médica que una persona ya tiene cuando se inscribe en un nuevo plan de salud. A partir de 2014, según la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los planes de seguros no tienen permitido negar la cobertura o cobrar extra a personas con una afección preexistente. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Ensayo clínico: es un estudio de investigación para evaluar un tratamiento o medicamento nuevo.

HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act). Es un conjunto de leyes nacionales que ayudan a proteger la privacidad de la información médica individual de un paciente, proporcionan a los pacientes acceso a sus registros médicos y ayudan a las personas con problemas de salud, como el cáncer, a obtener seguro de salud para ellos y sus familiares. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy.

HMO: Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization), es un tipo de seguro privado. En una HMO, una persona elige un médico de atención primaria de una lista de médicos aprobada (llamada red). La atención de un especialista debe ser aprobada por el médico de atención primaria (denominado derivación).

Inscripción abierta: fechas específicas en las que los individuos elegibles pueden elegir o cambiarse a un nuevo plan de atención médica. Una vez finalizado este plazo, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, en general un año después, para unirse a un plan de atención médica, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial. Para obtener más información visite www.cuidadodesalud.gov/es. Los participantes de Medicare pueden visitar es.medicare.gov para obtener más información sobre la inscripción abierta a Medicare. Si tiene un seguro privado, hable con un representante del plan de seguro de salud para obtener más información.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act,

ADA): es una ley federal (nacional) que protege de la discriminación a personas con discapacidades. Requiere que los empleadores realicen arreglos razonables en el lugar de trabajo para personas calificadas que tienen una discapacidad. Obtenga más información en www.dol.gov.

Ley de Licencias Familiares y Médicas (Family and Medical Leave Act, FMLA): Esta ley federal ofrece protecciones específicas a los empleados durante una licencia médica (cuando el empleado está enfermo) y una licencia familiar (cuando el empleado debe cuidar a su cónyuge, hijo o padre que está enfermo). Obtenga más información en www.dol.gov.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act): es una ley federal de 2010, a menudo llamada "reforma de atención de la salud", que ha cambiado determinadas normas concernientes a la cobertura de los seguros de salud en los Estados Unidos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Medicaid: es un tipo de seguro de salud gubernamental para personas con bajos ingresos que reúnen determinadas condiciones. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos estatales, pero cada estado opera su programa de manera individual (incluida la decisión de quién puede recibir los beneficios de Medicaid en ese estado). Obtenga más información en www.cms.gov.

Medicare: es un tipo de seguro de salud proporcionado por el gobierno federal a personas de 65 años o más, así como también a algunas personas con discapacidades. Medicare se divide en cuatro partes: las Partes A, B, C y D. La Parte A cubre la atención hospitalaria de pacientes internados. La Parte B proporciona cobertura financiera mediante primas, deducibles y una estructura de coseguro para otros gastos médicos, como visitas al médico. Los planes de Medicare Advantage, o la Parte C, son planes de seguro administrados por compañías privadas aprobadas. La Parte D proporciona cobertura de medicamentos recetados. Obtenga más información en es.medicare.gov.

Pago por servicio: es un tipo de seguro de salud en el cual una persona visita a un médico, presenta un formulario de reclamación y el plan de seguro paga la cuenta a través de una estructura de coseguro. Es normal que se apliquen deducibles.

PPO: Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization). Es un tipo de seguro de salud privado en el cual una persona tiene acceso a una red de médicos aprobados, llamados médicos dentro de la red. En las PPO, los pacientes normalmente no necesitan una derivación para consultar a un especialista.

Prima: la cantidad que una persona o compañía paga cada mes para mantener una cobertura de seguro.

Seguro de atención a largo plazo: es un seguro que ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades de larga duración a pagar cuidados y servicios diarios no médicos que los planes de salud comunes no cubren, como ayuda para comer, bañarse y vestirse. Según el plan, el cuidado se puede proporcionar en el hogar o fuera del hogar.

Seguro de Discapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario: son dos programas nacionales que asisten a personas con discapacidades. Cada uno establece requisitos médicos específicos que una persona debe cumplir antes de obtener estos beneficios. Ambos programas están administrados por la Administración del Seguro Social. Obtenga más información en www.ssa.gov/disability.

Seguro por discapacidad: es un seguro que proporciona un ingreso ya sea a corto plazo o a largo plazo a una persona con una lesión o enfermedad grave que le impide poder trabajar.

Tarifas razonables y habituales: el costo promedio para servicios de salud en un área geográfica que los planes de seguros utilizan para decidir la cantidad de dinero que pagarán por esos servicios. Si las tarifas de un médico por un servicio son mayores que el promedio, el paciente debe pagar la diferencia.

Trabajador social: un profesional que ayuda a los pacientes con cáncer y a sus familiares a sobrellevar las tareas y los desafíos diarios antes, durante y después del tratamiento. Los trabajadores sociales, que pueden trabajar para un hospital, una agencia de servicios o un gobierno local, pueden ayudar a abordar problemas financieros, explicar los beneficios del seguro, proporcionar acceso a asesoramiento y mucho más.

Para obtener más definiciones de términos comunes que puede escuchar cuando hable con su equipo de atención médica, visite www.cancer.net/diccionariosmedicos.

Busca otros recursos de información para pacientes?

GUÍAS ASCO ANSWERS

Las guías ASCO *Answers* cuentan con información extensa acerca del diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios y efectos psicosociales de un determinado tipo de cáncer, así como información práctica para pacientes y familias.

HOJAS INFORMATIVAS ASCO ANSWERS

Las hojas informativas ASCO *Answers* proporcionan una introducción de una página (frente y reverso) a un determinado tipo de cáncer o a un tema relacionado con el cáncer. Cada una incluye una reseña, ilustración, términos útiles y preguntas para realizar al médico. Cancer.Net tiene más de 65 hojas informativas disponibles (incluso algunas en español), que tratan temas acerca de cánceres de adultos y niños, diagnóstico y tratamiento y efectos secundarios.

FOLLETOS ASCO ANSWERS

Los folletos ASCO *Answers* proporcionan guías detalladas, prácticas acerca de temas específicos relacionados con la atención del cáncer.

Para pacientes y cuidadores: si le interesa obtener otros materiales de educación, ingrese a www.cancer.net/ascoanswers para encontrar todos nuestros materiales disponibles en formato electrónico.

Para profesionales oncológicos: hay cantidades abundantes disponibles a la venta. También hay versiones en paquete disponibles a la venta. Los paquetes incluyen guías para profesionales oncológicos y guías para pacientes. Los paquetes disponibles abarcan sobrevivencia, manejo del peso y cómo dejar de fumar. Visite www.cancer.net/estore o llame al 1-888-273-3508 para hacer su pedido. Para solicitar materiales de promoción gratuitos para su consultorio, envíe un correo electrónico a contactus@cancer.net.

Cancer.Net

Información al paciente aprobada por el médico
American Society of Clinical Oncology (ASCO®)

QUEREMOS SABER SU OPINIÓN

Si este material le pareció útil o si tiene comentarios o sugerencias acerca de cómo podríamos mejorarlo, puede comunicarse con nosotros a la dirección contactus@cancer.net.

American Society of Clinical Oncology

2318 Mill Road, Suite 800 | Alexandria, VA 22314

Phone: 571-483-1300 | Fax: 571-366-9530

www.asco.org | www.cancer.net/es

Para obtener más información sobre los recursos de información para pacientes de la American Society of Clinical Oncology, llame sin cargo al 888-651-3038 o envíe un correo electrónico a contactus@cancer.net.

© 2014 American Society of Clinical Oncology.

Para obtener información sobre permisos, escriba a permissions@asco.org.