TRIAGE HEALTH

Guía práctica para los derechos para cuidadores

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

Una guía para los desafíos legales y prácticos que pueden afectar a los cuidadores de las personas que son diagnosticadas con una condición médica grave.

Índice

3 Sus derechos en el trabajo

7 Licencia remunerada para cuidadores

11 Información básica sobre el seguro médico

15 Opciones de seguros médicos

21 Acceso a los expedientes médicos

21 Entender las apelaciones

23 La administración de facturas médicas

25 La planificación patrimonial

28 Recursos para los cuidadores

Triage Health brinda educación gratuita sobre cuestiones legales y prácticas relacionadas con la gestión de afecciones médicas crónicas o graves. Triage Health es un programa de Triage Cancer®.

¿Cuáles son las leyes de derechos de cuidadores?

La ley de derechos de cuidadores 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 con una condición médica grave.

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

Esta guía está destinada a servir como una introducción a algunos de los temas de la ley de derechos sobre ell cáncer que la mayoría de las personas tienen que ocuparse de alguna manera después de un diagnóstico con una condición médica grave: 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 **TriageHealth.org**.

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

Guía práctica para los derechos para cuidadores: lidiar con el empleo, el seguro médico, & las finanzas

Sus derechos en el trabajo

Si usted es un cuidador para alguien con una condición médica grave, 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

- Individuos que están “calificados”(es decir, que pueden llevar a cabo las tareas básicas del trabajo, con o sin adaptaciones razonables)
- 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).
- Individuos que “se asocian con un individuo con una discapacidad” (es decir, cuidadores)

*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.

¿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 ayudan

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).

¿Los cuidadores son elegibles para adaptaciones razonables?

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. Los cuidadores pueden considerar pedir a sus empleadores adaptaciones para que puedan continuar realizando su trabajo de manera efectiva.

Leyes estatales de igualdad de oportunidades de empleo

La mayoría de los estados tienen una ley estatal de igualdad de oportunidades de empleo. Muchos ofrecen protecciones similares a las de la ADA, pero algunos proporcionan una cobertura y opciones más amplias para los empleados que buscan adaptaciones de las que la ADA les podría dar. Algunos lo hacen ampliando la definición de discapacidad, y algunos cubren a empleadores privados con menos de 15 empleados, a diferencia de la ADA. A continuación se muestra una tabla que enumera los estados que cubren a los empleadores con menos de 15 empleados, así como cuántos empleados el estado requiere que los empleadores tengan para estar cubiertos. Si un estado no está enumerado aquí, la ley estatal es la misma que la ADA y requiere que un empleador tenga 15 o más empleados.

1	2	4	5	6	8	9	12
AK CO CT DC* HI IL ME MI MN MT NJ ND SD VT VA WI	WY	DE IA KS NM NY OH PA RI	CA ID	MA MO NH OR	KY TN WA	AR*	WV

*Pero 15 para Adaptacionees razonables

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.

La FMLA puede ser flexible. Un empleado no está obligado a usar las 12 semanas de licencia consecutivamente. Por ejemplo, es posible que un empleado puede tomarse tiempo libre del trabajo en incrementos de tan sólo unas pocas horas a la vez para llevar a un miembro de la familia a una cita médica.

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?

Las tareas de los cuidadores pueden incluir ayudar con las activdades de la vida diaria, como satisfacer necesidades básicas médicas, higiénicas, nutricionales, o de seguridad; brindar transporte hacia y desde las citas médicas; brindar consuelo psicológico, ayudar con las tareas domésticas o el papeleo; organizar los medicamentos recetados o la compra de comestibles; y ayudar con las tareas del hogar.

¿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 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.

¿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.

Certificación médica

Su empleador tiene derecho a recibir una certificación médica de su proveedor de atención médica que demuestre por qué es elegible para una licencia de la FMLA. Sin embargo, no es necesario que su empleador tenga conocimiento sobre los detalles del diagnóstico de una condición médica grave de la persona a la que usted cuida, si no desea divulgar esa información. La certificación FMLA solo necesita incluir suficiente información para explicar por qué necesita una licencia FMLA.

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

JackF/ stock.adobe.com

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, es posible que desee pensar detenidamente qué proveedor de atención médica está completando 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.

Licencia remunerada para cuidadores

Leyes de cuidado de parientes

Las leyes de cuidado de parientes son leyes estatales que requieren que si un empleador proporciona una licencia remunerada acumulada, debe permitir que el empleado la tome por ciertas razones cubiertas. Por ejemplo, si un empleado tiene acceso a una licencia por enfermedad remunerada del empleador, entonces debe permitirse que utilice ese tiempo libre para cuidar a un miembro de la familia. Los detalles de las leyes estatales varían, pero típicamente requieren que la licencia remunerada también debe ser una licencia con protección del trabajo. Los estados que cuentan con las leyes estatales de cuidado de parientes incluyen: California, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nevada, Nuevo Mexico, Texas, Vermont, and Washington.

Leyes de licencia remunerada generales

Leyes de licencia remunerada son leyes estatales que requieren que los empleadores proporcionen la licencia remunerada a sus empleados para ser utilizado por cualquier motivo. Los esatods con leyes de licencia remunerada incluyen Maine y Nevada. Para obtener más información sobre su estado, visite **TriageHealth.org/State-Resources.**

Leyes de licencia familiar y médica remunerada

Para 2024, 12 estados y Washington, D.C., tendrán programas de licencia familiar y médica remunerada en vigor. Estos programas son programas de seguros reglamentarios que son administrados por el estado o por una compañía de seguros. Los programas cubren el cuidado de los miembros de la familia y desarrollo de lazos afectivos y la enfermedad de los empleados, aunque algunos podrían hacerlo de diferentes maneras. A continuación se muestra un resumen de los programas de cada estado que actualmente tiene un programa o que tendrá uno en un futuro próximo:

California

El programa de Licencia familiar remunerado de California (PFL, por sus siglas en inglés) se inició en 2004, y cubre todo los empleados del sector privado, así como a algunos empleados del sector público. Para calificar, un empleado debe haber pagado en el programa del Seguro por discapacidad estatal (SDI) durante los 18 meses anteriores. Un empleado debe haber ganado por lo menos $300 en salarios brutos durante el período base del cual se tomaron las deducciones SDI. El programa no tiene un período de espera, pero el empleador puede requerir que usted use hasta 2 semanas de vacaciones u otro tiempo libre pagado antes de recibir beneficios de PFL. El programa no proporciona protección laboral, pero usted puede estar cubierto por otras leyes que brindan protección.

- Vigente el julio de 2004
- Duración: hasta 8 semanas por período de 12 meses
- Beneficio: 60-70% del pago, dependiente del ingreso
- Sitio web: edd.ca.gov/disability/paid-family-leave

Colorado

El programa de Seguro de licencia familiar y médica remunerado (FAMLI) de Colorado se inició el 1 de enero de 2024. Cubre cualquier empleador con uno o más empleados durante cada 20 o más semanas laborales calendarios durante el año. Excluye empleados gubernamentales federales, y empleados gubernamentales locales pueden decidir excluirse. Sin embargo, los trabajadores autónomos y los empleados gubernamentales locales pueden decidir pagar en el programa. Para calificar, un empleado debe haber ganado por lo menos $2,500 en salarios durante el año base o el año anterior. El programa requiere la continuación de los beneficios del seguro de salud, así como el restablecimiento al puesto de trabajo anterior o equivalente si se emplea por lo menos 180 días antes de tomar licencia. Un empleado puede optar por complementar la licencia a través de este programa con el tiempo libre pagado (PTO) acumulado. Si el empleado decide tomar licencia intermitentemente, debe ser

en incrementos no mayores de 1 hora, pagado una vez que se hayan acumulado 8 horas.

- Vigente el enero de 2024
- Duración: 12 semanas (16 si la discapacidad está relacionada con el embarazo)
- Beneficio: hasta el 90% del salario semanal promedio del estado
- Sitio web: famli.colorado.gov

Connecticut

El programa de Licencia familiar y médica remunerado de Connecticut se inició el 1 de enero de 2022 y cubre a todos los empleadores, pero los planes privados deben ser aprobados por el estado. Para calificar, los empleados deben trabajar en el estado, haber ganado por lo menos $2,325 durante el trimestre de mayor ganancia dentro del período base, y estar actualmente empleados o haber sido empleados en las 12 semanas anteriores por un empleador. Este programa no ofrece protección laboral.

- Vigente el enero de 2022
- Duración: 12 semanas (14 si la discapacidad está relacionada con el embarazo)
- Beneficio: el 95% del salario semanal, proporcional a los ingresos
- Sitio web: ctdol.state.ct.us

Delaware

La Ley de Familias Saludables de Delaware se iniciará el 1 de enero de 2026. Las personas que trabajan para un empleador con 10 o más empleados tendrán acceso a la licencia parental durante el primer año después del nacimiento, adopción o colocación de cuidado de crianza de un niño. Las personas que trabajan para un empleador con 25 empleados tendrán acceso a una licencia para cuidar a un miembro de la familia con una afección médica grave o su propia afección de médica grave.

Los empleados deben trabajar para su empleador durante un año y al menos 1,250 horas en los últimos 12 meses para ser elegibles. Las personas pueden recibir hasta el 80% de su salario semanal promedio. Incluye la continuación de los beneficios de salud, y la reincorporación a un puesto anterior, o uno equivalente, después de la licencia. Las personas calificadas recibirán hasta doce semanas de licencia.

- Vigente el enero de 2026
- Duración: hasta 12 semanas
- Beneficio: hasta el 80% del salario semanal promedio del estado
- Sitio web: jacksonlewis.com/sites/default/files/docs/HealthyDelawareFamiliesActEngrossment.pdf

Maryland

La Ley de Tiempo para Cuidar se iniciará el 1 de enero de 2026. Uno se puede usar la licencia pagada para cuidar a un miembro de la familia, o su propia afección médica grave. Las personas serán elegibles si han trabajado 680 horas en los últimos 12 meses. Las personas que trabajan por cuenta propia pueden optar por participar. Las personas pueden recibir hasta 12 semanas de licencia remunerada. Los beneficios van desde $100 a $1,000 por semana. A partir del 1 de octubre de 2023, los empleados y empleadores con 15 o más empleados deben comenzar a pagar en el fondo.

- Vigente el enero de 2026
- Duración: hasta 12 semanas
- Beneficio: $100 - $1000 por semana
- Sitio web: mgaleg.maryland.gov/mgawebsite/Legislation/Details/SB0275

Massachusetts

El programa de Licencia familiar y médica remunerado de Massachusetts se inició en enero de 2021 y cubre a todos los empleadores. Los empleadores pueden usar el plan estatal o un plan privado aprobado por el estado. Los trabajadores autónomos pueden elegir la cobertura bajo ciertas condiciones. Si ha ganado al menos $5,700 durante los últimos 4 trimestres completos del calendario, y al menos 30 veces más que la cantidad que es elegible para recibir cada semana en beneficios, usted califica para el programa. Puede utilizar una calculadora en el sitio web del programa para ver si califica. Los empleadores cubiertos por este programa deben proporcionar la continuación de los beneficios de seguro médico y la reincorporación al puesto de trabajo anterior o equivalente.

- Vigente el enero de 2021
- Duración: 12 semanas (licencia familiar); 20 semanas (licencia médica); 26 semanas (licencia militar de cuidadores)
- Beneficio: el 80% del ingreso, hasta 50% del salario semanal promedio del estado, luego el 50% de sus salarios por encima de esa cantidad
- Sitio web: mass.gov/orgs/department-of-family-and-medical-leave

Herjua / stock.adobe.com

Minnesota

El programa de licencia pagada de Minnesota se iniciará el 1 de enero de 2026. Las personas que trabajen para un empleador de cualquier tamaño y hayan ganado al menos $3,500 en el período base tendrán acceso a la licencia pagada. Los empleados podrán tomar hasta 12 semanas de licencia médica o familiar, para un máximo combinado de 20 semanas en un año de beneficios. Los beneficios variarán según el salario semanal de las personas. Minnesota proporcionará una calculadora para estimar el beneficio a medida que se acerque la fecha de lanzamiento del programa. Este programa proporciona protección laboral.

- Vigente: el enero de 2026
- Duración: 12 semanas (licencia familiar o licencia médica); 20 semanas (licencia familiar y médica)
- Beneficio: Limitado al 100 por ciento del salario semanal promedio estatal
- Sitio web: https://mn.gov/deed/paidleave

Nueva Hampshire

El plan de Licencia familiar del estado de granito de Nueva Hampshire se inició en julio de 2021 y cubre a los empleadores estatales. Sin embargo, los empleadores privados pueden optar por participar. Incluso si deciden no participar, si el empleador tiene más de 50 empleados, los empleados pueden optar por participar. Si un empleador opta por participar, recibirá un crédito fiscal del 50% de la prima pagada, y los empleados recibirán protección laboral. El programa tiene un período de espera de 7 meses, un período de eliminación de una semana y un período anual de inscripción abierta de 60 días.

- Vigente el enero de 2023
- Duración: hasta 6 semanas
- Beneficio: el 60% de los salarios
- Sitio web: governor.nh.gov/sites/g/files/ehbemt336/files/documents/family-leave.pdf

Nueva Jersey

El programa de Seguro de licencia familiar de Nueva Jersey se inció en 2009 y cubre a todos los empleadores. Los empleadores pueden usar el plan estatal o un plan privado aprobado por el estado. Para calificar en 2024, un empleado debe haber trabajado (1) 20 semanas calendario en Nueva Jersey en el año base, ganando $283 o más cada semana; o (2) ganado $14,200 o más en el último año antes del comienzo de la licencia familiar. No hay período de espera para este programa. Un empleado puede optar por (pero un empleador no puede exigirles que lo hagan) usar vacaciones/tiempo libre pagado al 100% del pago en lugar de recibir beneficios a través de este programa. Este programa proporciona protección laboral.

- Vigente el julio de 2009
- Duración: hasta 12 semanas (56) días o hasta que los beneficios sean iguales a 1/3 del salario total durante el año, lo que sea menor
- Beneficio: el 85% del salario semanal promedio, hasta la cantidad máxima
- Sitio web: nj.gov/labor/myleavebenefits/worker/fli

Nueva York

El programa de Licencia familiar remunerado de Nueva York (PFL, por sus siglas en inglés) se inició en 2018 y cubre a todos los empleadores. Para calificar, un empleado debe ser programado 20 horas promedio por semana por 26 semanas consecutivas, o si está programado por menos de 20 horas promedio por semana, debe mostrar 175 días trabajados. Este programa no tiene período de espera. Proporciona protección laboral.

- Vigente el enero de 2018
- Duración: 12 semanas
- Beneficio: el 67% del salario del empleado o del salario semanal promedio del estado, lo que sea menor
- Sitio web: paidfamilyleave.ny.gov/paid-family-leave-family-care

Oregón

El programa de Licencia familiar y médica remunerado de Oregon (PFML, por sus siglas en inglés) se inició el 3 de septiembre de 2023, y cubre a cualquier empleador con uno o más empleados trabajando en el estado (excluyendo a los empleadores del gobierno federal). Los gobiernos tribales y los trabajadores autónomos pueden optar por participar. Para calificar, un empleado debe haber contribuido al Fondo de Seguro PFML durante el año base (4 de los últimos 5 trimestres trabajados) y haber ganado por lo menos $1,000 en salarios durante el año base o el año anterior. Este programa requiere la continuación de los beneficios del seguro médico del empleado y la reincorporación a su puesto anterior o equivalente, si se emplea al menos 90 días antes de tomar licencia. El empleado puede optar por complementar este programa con tiempo libre pagado acumulado.

- Vigente el septiembre de 2023
- Duración: 12 semanas (14 si la discapacidad está

relacionada con el embarazo)
- Beneficio: hasta el 100% del salario semanal promedio, proporcional a los ingresos
- Sitio web: paidleave.oregon.gov

Rhode Island

El programa de Seguro temporal de cuidadores de Rhode Island (TCI, por sus siglas en inglés) se inició en 2014 y cubre a todos los empleados privados y a algunos empleados públicos. Para calificar, el empleado (1) debe haber recibido salarios en Rhode Island y haber pagado en el fondo TCI; y (2) debe haber sido pagado por lo menos $16,800 en el período base o ganado por lo menos $2,800 en un trimestre con los salarios imponibles totales por lo menos 1.5x del trimestre más alto de ganancias y los salarios imponibles del período base iguales a por lo menos $5,600. Este programa requiere la continuación de los beneficios de seguro médico mientras está de licencia y proporciona protección laboral. La licencia debe durar 7 o más días consecutivos para ser elegible para los beneficios.

- Vigente el enero de 2014
- Duración: 6 semanas (2023)
- Beneficio: el 4.62% de los salarios pagados en el trimestre más alto del período base
- Sitio web: ripaidleave.net

Washington

El programa de Licencia familiar y médica remunerada de Washington se inició en 2020 y cubre a todos los empleadores. Los trabajadores autoasegurados pueden optar por participar. Para calificar para el plan estatal, un empleado debe haber estado empleado por lo menos 820 horas en el período de calificación. Para calificar para el plan voluntario, un empleado debe haber trabajado 340 horas en los últimos 12 meses. Hay un período de espera de una semana, excepto para el desarrollo de lazos afectivos y las licencias de exigencia calificadas. El plan estatal proporciona protección laboral y de seguro médico a los empleados que han trabajado por lo menos 12 meses, y han trabajado 1,250 horas en los 12 meses inmediatamente anteriores a la licencia, y trabajan para un empleador que tiene 50 empleados. El plan voluntario proporciona protección laboral a los empleados que han trabajado por lo menos 9 meses y 965 horas en los 12 meses anteriores a la licencia. Bajo el plan voluntario, los empleadores deben mantener beneficios de seguro médico para los empleados.

- Vigente el enero de 2020
- Duración: 12 semanas (licencia familiar); 12-16 semanas (licencia médica y familiar)
- Beneficio: el 90% del salario semanal promedio hasta el promedio estatal, luego el 50% del salario semanal promedio que lo exceda
- Sitio web: paidleave.wa.gov

Washington, D.C.

El programa de Licencia remunerado universal de Washington D.C. se inició en 2020, y cubre a todos los empleadores privados, a menos que estén exentos de impuestos de D.C. por ley federal o tratado. Un individuo por cuenta propia puede optar por participar. Para calificar, un empleado debe trabajar más del 50% del tiempo en D.C. en las 52 semanas calendario inmediatamente anteriores a la licencia o pasar regularmente una cantidad sustancial de tiempo trabajando en D.C. sin pasar más del 50% de su tiempo laboral en otra jurisdicción. Hay un período de espera de 1 semana para este programa. Este programa no proporciona protección laboral.

- Vigente el julio de 2020
- Duración: 6 semanas (licencia de cuidador familiar); 2 semanas (licencia médica); 8 semanas (licencia por el nacimiento de un hijo)
- Beneficio: el 90% del salario semanal promedio hasta el 150% del salario mínimo de DC, luego el 50% del salario semanal promedio que lo exceda
- Sitio web: dchr.dc.gov/page/paid-family-leave

Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageHealth.org/Employment
TriageHealth.org/Caregiver-Resources

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

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

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.

en dólares que es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus gastos médicos durante el año. El máximo que paga de su bolsillo dependerá de su plan. Es muy importante averiguarlo. En general, usted alcanza el máximo que paga de su bolsillo con el deducible, más los copagos que tenga durante el año, además de los pagos de coseguro. Por lo tanto, es todo lo que paga, excepto las primas mensuales. Cuando alcanza el máximo que paga de su bolsillo, la aseguradora paga el 100% de sus gastos médicos durante el resto del año. La mayoría de las compañías de seguro solamente considera los gastos como parte del máximo que paga de su bolsillo si son de proveedores de la red. Además, algunos planes patrocinados por el empleador pueden quitar gastos del máximo que paga de su bolsillo (p. ej., los copagos no se consideran parte del máximo que paga de su bolsillo).

Términos sobre los medicamentos con receta

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

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

Chaay_tee / stock.adobe.com

Ejemplo: Costo de medicamentos con receta

Plan de Noah:
- Deducible = $1,000
- Coseguro = 70/30 plan
- Copago = $50
- Maximo 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

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 una 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 distinos tipos de solicitudes de excepción:

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

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

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

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

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

(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. 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.

Rawpixel Ltd. / stock.adobe.com

Y los “subsidios para costos compartidos” pueden reducir las cantidades de copago, deducibles, y las cantidades de coseguro.

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

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

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

También hay un período de inscripción especial para que los consumidores con ingresos familiares inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), puedan inscribirse en un plan del Mercado en cualquier momento del año. Es posible que algunos mercados estatales no ofrezcan este período de inscripción especial.

Si pierde la cobertura patrocinada por el empleador, puede tener varias opciones para la cobertura de seguro médico integral, incluso si tiene una condición médica preexistente. 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

Ejemplo: Escoger un plan

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

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

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

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

Chaay_tee / stock.adobe.com

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 (HIPP) puede ayudarlo. Si usted califica para Medicaid, pero tiene acceso a un plan de grupo mediante un empleador (p. ej.: COBRA), Medicaid puede pagar su prima mensual para el plan grupal.

Otro plan de salud grupal

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

Medicaid

Puede ser elegible para Medicaid en su estado. Medicaid es un programa de seguro médico federal que ofrece cobertura a personas con un nivel bajo de ingresos. Si usted vive en un estado que amplió su programa de Medicaid conforme a la ley ACA y tiene un ingreso familiar inferior al 138% del FPL, 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, 40 estados y Washington, D.C., han ampliado sus programas, y 10 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**, cumple con otros criterios de elegibilidad, y los ingresos de su hogar son:

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

Si usted vive en un estado **sin cobertura ampliada de Medicaid**, cumple con otros criterios de elegibilidad, 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 100% 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).
- Menos del 150% del FPL: usted es elegible

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.

para un plan del Mercado por $10 por mes.

- Entre el 250% y el 400% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas del Mercado.
- Por encima del 400% del FPL: Puede comprar un plan del mercado, pero usted no califica para la asistencia financiera.

Nota: Bajo la Ley del Plan de Rescate Americano, si los ingresos de su hogar están por encima del 400% de FPL, usted puede calificar para créditos fiscales sobre primas del mercado para reducir sus costos de seguro médico al 8,5% de sus ingresos familiares. Este beneficio adicional caducará el 31 de diciembre de 2025.

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

Medicare

Medicare es un programa de seguros médicos del gobierno. Para ser elegible, usted debe tener más de 65 años, haber recibido el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante más de 24 meses o tener un diagnóstico de insuficiencia renal terminal (IRT) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Desde marzo de 2023, hay alrededor de 66 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

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 para primas ⇨⇨		

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 para primas ⇨⇨			
~~Medicaid~~			

FPL, nivel federal de pobreza.

cantidad de días de hospitalización.

- **Parte B:** Hay un deducible anual más una prima mensual de la Parte B que se basa en sus ingresos. El costo compartido para la cobertura de la Parte B es 80/20, lo que significa que una vez que haya pagado su deducible, Medicare cubrirá el 80% de los costos de su atención médica y usted será responsable del 20% restante. Con la cobertura de la Parte B, no hay un costo máximo que paga de su bolsillo. Si se inscribe tarde en la Parte B, habrá una multa del 10% por cada año que espere para inscribirse. (Por ejemplo, el período de inscripción inicial de Phil finalizó el 1 de diciembre de 2019, pero esperó hasta el 1 de diciembre de 2021 para inscribirse en la Parte B. Entonces, la multa de la Parte B es del 20%). Es posible que también deba esperar hasta el período de inscripción abierta.

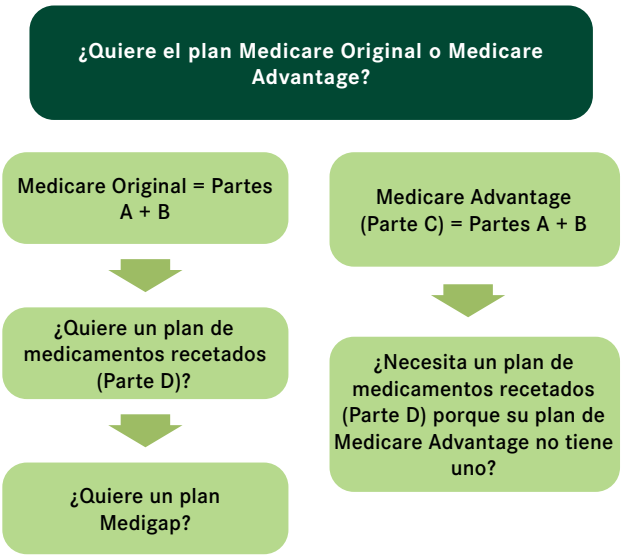
- **Parte C:** Las primas para este plan son, como mínimo, las mismas que la Parte B, pero varían de acuerdo con el plan que elija. Los deducibles, el costo compartido, y el costo máximo que paga de su bolsillo variarán.

- **Parte D:** Las primas de la cobertura para medicamentos con receta varían según el plan y son más altas para aquellos con niveles de ingresos más altos. Después de pagar el deducible, Medicare paga 75% de sus medicamentos de marca y genéricos y usted paga 25%, hasta que alcance una cierta cantidad en el costo total de los medicamentos que paga de su bolsillo. Luego, usted ingresa a la "cobertura catastrófica," y Medicare paga 95% de sus costos de medicamentos. A partir de 2024, Medicare pagará el 100% una vez que ingrese a la cobertura catastrófica. Y, en 2025, habrá un límite de $2,000 en los costos que paga de su bolsillo bajo la Parte D de Medicare. También podrás repartir tus costes para pagarlos mensualmente, a lo largo del año. 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 marzo, pero su cobertura no comenzará hasta el primer día del mes siguiente a su inscripción. Si necesita inscribirse en la Parte D, puede hacerlo entre el 1 de abril y el 30 de junio, pero su cobertura no comenzará hasta el 1 de julio y puede enfrentar multas por inscripción tardía.

Programas de Ahorros de Medicare

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

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

- **Programa para Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** Este programa solo ayuda a pagar las primas de la Parte B, pero tiene unos límites de ingresos individuales y de parejas casadas ligeramente más altos que el programa QMB. Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Programa para Individuos Calificados (QI):** Para calificar para el programa QI, debe solicitarlo todos los años. Las solicitudes se aprueban por orden de llegada, pero se da prioridad a las personas que recibieron beneficios en el año anterior. Si califica para Medicaid, no puede calificar para este programa. Este programa tiene límites de ingresos mensuales más altos que los programas SLMB y QMB. Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

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

El **Programa de Ayuda Adicional** ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro. La Ayuda Adicional también se conoce como el subsidio por bajos

rocketclips / stock.adobe.com

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:
TriageHealth.org/Health-Insurance

- Guías rápidas & Listas de verificación
- Videos animados
- Tabla de leyes estatales

Ser un cuidador preparado

Como cuidador, es posible que haya ciertas cosas que usted haga mientras apoya a alguien. Por ejemplo, es posible que deba comunicarse con su equipo de atención médica si están en el hospital, o con la compañía de seguros médicos si los está ayudando a presentar una apelación. Es posible que también deba ayudarlos a manejar sus facturas médicas, negociar planes de pago con proveedores o presentar su solicitud de beneficios por discapacidad. En estas circunstancias, es posible que esos proveedores, empresas y agencias quieran pruebas de que tienen permiso para comunicarse con usted y de que usted actúa en nombre de la persona a la que apoya.

También es posible que desee ayudar a la persona a quien está cuidando a planificar con anticipación asegurándose de que tenga por escrito sus deseos sobre su atención médica y sus finanzas, en caso de que no pueda tomar esas decisiones por sí mismo en el futuro. Esto puede incluir todo, desde sus preferencias sobre quién los visita en el hospital hasta escribir un testamento.

Las siguientes secciones incluyen información que puede ser útil para la persona a quien cuida, así como para usted mismo. La sección de planificación patrimonial también cubre ciertos documentos que es posible que deba completar para actuar en nombre de la persona a la que mantiene.

Acceso a los expedientes médicos

Es importante para todos tener una copia completa de sus expedientes médicos. Tener una copia de sus expedientes le ayuda a garantizar que la información es correcta, coordinar la atención de manera más eficiente entre los diferentes proveedores de atención médica, compartirlos con familiares y cuidadores, y apelar las 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 médicas 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 les 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 médico, una compañía de seguros puede denegarle la cobertura, ya sea para ecografías, medicamentos con receta, tratamientos, procedimientos o pruebas genéticas. La mayoría acepta una respuesta negativa. Sin embargo, aquellos que no aceptan una denegación y presentan una apelación pueden llegar a ganar y obtener la cobertura para la atención recomendada por su equipo de atención médica.

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

Apelación interna

Cuando una compañía de seguros deniega la cobertura de la atención, puede presentar una "apelación interna" dentro de su compañía de seguros.
Cada compañía de seguros tiene su propio proceso de apelaciones internas, por lo que debe comunicarse con su compañía de seguros para obtener más detalles o ver las instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su carta de denegación.

Hay plazos relacionados con la presentación de una apelación interna. Si su compañía de seguros deniega su apelación interna, usted puede solicitar una apelación externa.

Apelación externa

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

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

Apelaciones antes de la atención frente a después de la atención

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

Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageHealth.org/Health-Insurance

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

La administración de facturas médicas

El tratamiento médico puede ser 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 una condición médica grave, puede tomar medidas para evitar recibir facturas médicas más elevadas de lo necesario.

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

- **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:
TriageHealth.org/Health-Insurance
TriageHealth.org/ Navigating- Finances

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

Planificación patrimonial

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.

Es posible que en un determinado momento la persona que usted está cuidando no puede expresar sus deseos acerca de sus finanzas o su atención médica. En esos casos, los documentos de planificación patrimonial, como un poder de representación para cuestiones financieras y las instrucciones anticipadas sobre atención médica, son herramientas útiles para que expresen sus deseos, así como para nombrar a un agente que tome decisiones en su nombre. Si usted es el agente de atención médica o financiera para la persona que está cuidando, es importante asegurarse de que entiende sus deseos, y que puede llevarlos a cabo. Tenga en cuenta que las reglas de planificación patrimonial son diferentes en cada estado.

Aunque la planificación patrimonial desempeña un papel crucial en las decisiones financieras y de atención médica, mucha gente ni siquiera tiene el documento más básico, un testamento. Hay varios documentos que podrían incluir en un plan patrimonial. Mientras usted aprende más sobre la planificación patrimonial como un cuidador para alguien más, se puede aprovechar de comenzar a pensar en la planificación patrimonial para sí mismo, también.

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:** 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 obtenga 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 del 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 (POA) 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 (AHCD)

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, por sus siglas en inglés) 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 su representante). Para garantizar el acceso de su

fizkes / stock.adobe.com

agente a la información, usted debe firmar y fechar un formulario de autorización de HIPAA. Asimismo, debe identificar la información que se revelará, 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 claves por las que puede ser útil tener un formulario de autorización HIPAA. Por ejemplo, si tiene hijos mayores de 18 años, es posible que deseen que participe en su atención médica o que tenga acceso a su información médica. Una vez que su hijo cumpla 18 años, usted ya no tiene la autoridad para tomar decisiones médicas o financieras en su nombre. Su hijo podría firmar un formulario HIPAA para darle 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 cónyuge, y esa persona quisiera que usted tuviera acceso a su información médica, ellos deben tener un formulario HIPAA. O, tal vez su mejor amigo quisiera que usted pudiera comunicarse con su equipo de atención médica. En ese caso, su formulario HIPAA debe darle esa capacidad.

Como agente, debe asegurarse de saber dónde se guardan los documentos importantes (por ejemplo, las instrucciones anticipadas sobre atención médica o el testamento), así como cómo acceder a cuentas bancarias, cajas de seguridad y depósitos, si es pertinente.

Instrucciones sobre visitas hospitalarias

La mayoría de los hospitales están obligados por la ley federal a tener reglas escritas que les dan a los pacientes el derecho de elegir a sus propios visitantes. Sin embargo, en una crisis, o en un momento en el que usted no puede comunicar sus deseos, puede ser útil documentar sus deseos acerca de quién le gustaría visitar en un hospital. Puede hacerlo creando Instrucciones sobre visitas hospitalarias. Este documento indica a sus proveedores de atención médica que permitan que sus visitantes elegidos lo visiten. Puede ser un documento separado o parte de otro documento, como las instrucciones anticipadas sobre atención médica. También puede utilizar este documento para excluir a determinadas personas si así lo desea. Si usted está cuidando a alguien que no es un pariente, puede ser útil que ellos incluyen su nombre en sus instrucciones sobre visitas hospitalarias.

Otros recursos para cuidadores

Opciones de cuidado de relevo

Los cuidadores a veces pueden necesitar ayuda o un descanso de sus responsabilidades. Considere pedir ayuda a sus familiares, amigos, vecinos u otros miembros de su comunidad. Los servicios profesionales de cuidado de relevo también pueden ser proporcionados a través de agencias de cuidado en el hogar, servicios diurnos para adultos, instalaciones que permiten estancias de corta duración, e individuos que usted contrata directamente.

También puede asistir retiros o reuniones en su área diseñados para apoyar a los cuidadores.

El apoyo puede estar disponible de organizaciones, tales como:

- Family Caregiver Support Program (FCSP) - Area Agency on Aging: eldercare.acl.gov
- Caregiver Action Network: caregiveraction.org
- Family Caregiver Alliance: caregiver.org
- Arch National Respite Network and Resource
- Center: archrespite.org

Para obtener recursos adicionales, visite:
TriageHealth.org/Estate-Planning

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

Conclusión

Esta guía práctica aborda los problemas más comunes que surgen después de un diagnóstico médico. Sin embargo, sólo rasca la superficie de las cuestiones legales y prácticas que los pacientes y sus cuidadores pueden tener que abordar. Otros temas comunes son el seguro de vida, los derechos de educación, los derechos de los consumidores y el derecho de familia. Triage Health proporciona información y recursos sobre todos estos temas y más, de forma gratuita. Creemos que cuando los pacientes, sus cuidadores, y sus 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, y manejar otros asuntos financieros asociados con la atención del cáncer, la calidad de vida y la salud mejoran.

fizkes / stock.adobe.com

Esta guía fue patrocinada en parte por:

Eisai

Daiichi-Sankyo

© Triage Cancer