

Cancer Insurance Checklist

Guía de cobertura médica para personas con cáncer



✓ DE QUÉ MANERA PUEDE SER ÚTIL ESTA GUÍA DE COBERTURA MÉDICA PARA PERSONAS CON CÁNCER

La guía está diseñada para ayudarle a comparar planes de seguro y considerar cuáles son sus necesidades de salud cuando compra seguro en el **mercado de seguros médicos** de su estado.

Esta guía es útil para ayudarle a encontrar un plan que se ajuste a sus necesidades. Es posible que no necesite todos los tratamientos que figuran en la guía, y tal vez hayan otros tratamientos, costos o aspectos de su atención médica que deba considerar.

CUÁNDO UTILIZAR ESTA GUÍA:

- Si padece cáncer, tiene antecedentes de cáncer o está en riesgo de cáncer
- Cuando evalúe planes de cobertura
- Cuando analice sus necesidades de seguro con su **navegador** o representante del mercado, cuidador o pacientes en su familia
- Cuando analice sus necesidades de atención oncológica con su proveedor de atención médica

Complete las hojas de trabajo siguientes para cada plan de seguro que está considerando. Al hacerlo, podrá saber qué plan de seguro se adapta mejor a sus necesidades y presupuesto.*

Para obtener más información sobre dónde obtener ayuda con el pago del seguro médico y para obtener asistencia de un navegador para elegir y solicitar la cobertura de un plan, visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596 o TTY: 1-855-889-4325

ESTA GUÍA FUE CREADA MEDIANTE UNA ASOCIACIÓN DE:

The Assistance Fund, Association of Community Cancer Centers, Avalere Health, Cancer Support Community, Chronic Disease Fund, Cutaneous Lymphoma Foundation, International Myeloma Foundation, The Leukemia & Lymphoma Society, Living Beyond Breast Cancer, Lung Cancer Alliance, Melanoma Research Foundation, Men's Health Network, National Coalition for Cancer Survivorship, National Patient Advocate Foundation, Oncology Nursing Society, Ovarian Cancer National Alliance, Patient Advocate Foundation, Patient Services, Inc., Prevent Cancer Foundation

*Tenga en cuenta que ningún plan pagará el 100 por ciento de sus gastos médicos, pero ciertos planes pagarán más que otros. Por favor asegúrese de comprender cómo funciona su plan y de verificar los medicamentos, tratamientos, médicos y hospitales que están incluidos en su plan.



MI ATENCIÓN

¿Mi plan de cobertura cubrirá las visitas a mi proveedor, permanencias en el hospital, centros de atención y medicamentos?

| | | ¿ESTÁN CUBIERTOS? | |
|--|--|-------------------|-----------------|
| | | dentro de la red | fuera de la red |
| Mi médico de cabecera es: | | | |
| Mis especialistas son: <i>Asegúrese de incluir a todos sus médicos. Por ejemplo, oncólogo o psicólogo.</i> | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Mi hospital es: | | | |
| Otros lugares de donde obtengo atención: <i>Por ejemplo, laboratorio, centro de imágenes, centro de infusión</i> | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Mis medicamentos son: <i>Asegúrese de incluir todos sus medicamentos. Por ejemplo:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos con receta ● Medicamentos que recibo en la oficina de mi médico o en el hospital (por ejemplo, quimioterapia) ● Medicamentos de venta libre (por ejemplo, aspirina, reductores de la acidez, laxantes) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



TRATAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD

Complete los recuadros de los servicios que tal vez necesite.


| | ¿Están cubiertos? (marque una opción) | ¿Necesito una derivación o autorización previa? | ¿Cuál es mi copago / coseguro? | | ¿Cuáles son los límites o los máximos? |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------|--|
| | | | dentro de la red | fuera de la red | |
| Visitas para atención primaria | Sí / No | Sí / No | | | |
| Visitas especiales | Sí / No | Sí / No | | | |
| Sala de emergencias o atención de urgencia | Sí / No | Sí / No | | | |
| Atención hospitalaria | Sí / No | Sí / No | | | |
| Medicamentos con receta (incluida quimioterapia oral) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Exámenes de detección preventivos (p. ej. mamograma, colonoscopia) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Imágenes (p. ej. Rayos X, MRI (Resonancia magnética), tomografía computada) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Cirugía (incluida la cirugía reconstructiva) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Radioterapia | Sí / No | Sí / No | | | |
| Quimioterapia (oral, por vía intravenosa e inyectable) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Segundas opiniones | Sí / No | Sí / No | | | |
| Plan de atención (un plan de atención oncológico— incluyendo plan de supervivencia— escrito por mi médico) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Ensayos clínicos | Sí / No | Sí / No | | | |
| Servicios de salud mental (p. ej. detección de la depresión, psicoterapia) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Cuidados paliativos (p. ej. atención de las náuseas, el dolor, la fatiga) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Fisioterapia | Sí / No | Sí / No | | | |
| Atención de salud en el hogar | Sí / No | Sí / No | | | |
| Equipo médico (p. ej. prendas de compresión, bastón) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Prueba y asesoramiento genético y con biomarcadores | Sí / No | Sí / No | | | |
| Conservación de la fertilidad | Sí / No | Sí / No | | | |
| Trasplantes (p. ej. células madre y médula ósea) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Tratamientos de prevención (p. ej. la mastectomía preventiva) | Sí / No | Sí / No | | | |
| Cuidado de relevo | Sí / No | Sí / No | | | |
| Atención en un hospicio | Sí / No | Sí / No | | | |



MIS COSTOS

Complete los recuadros para cada plan que está considerando.

| Nombre del plan | | | | | |
|--|----------------------------------|---------------|-------------------|--------------------|--------------------------------|
| Tipo de plan <i>(marque uno)</i> | PLATINO (platinum) | ORO (gold) | PLATA (silver) | BRONCE (bronze) | CATASTRÓFICO (catastrophic) |
| ¿Cuál es el monto de la prima ? | Por mes: | | | \$ | |
| | Por año: | | | \$ | |
| ¿Cuál es el monto del deducible ? | Por año: | | | \$ | |
| ¿Cuál es el gasto máximo de bolsillo ? <i>(no incluye la prima)</i> | Por individuo por año: | | | \$ | |
| | Por familia por año: | | | \$ | |
| ¿Cuál es el monto de copago o el porcentaje de coseguro ? | Visitas de atención primaria: | | | \$ | % |
| | Visitas especiales: | | | \$ | % |
| | Visitas hospitalarias: | | | \$ | % |
| | Sala de emergencia: | | | \$ | % |
| | Atención de urgencia: | | | \$ | % |
| | Medicamentos con receta grada 1: | | | \$ | % |
| | Medicamentos con receta grada 2: | | | \$ | % |
| | Medicamentos con receta grada 3: | | | \$ | % |
| | Medicamentos con receta grada 4: | | | \$ | % |
| | Otro: | | | \$ | % |
| Otro: | | | \$ | % | |
| Cantidad de personas en mi hogar <i>(adultos y niños)</i> | | | | | |
| Ingresos totales del hogar por año | \$ | | | | |
| ¿Puedo obtener crédito fiscal por la prima ? | Cantidad por año: | | | \$ | |
| ¿Reúno los requisitos para una reducción de los gastos máximos de bolsillo ? <i>(sólo planes plata)</i> | | | | | |
| ¿Existen costos? | | | | | |

Los socios desean agradecer a  **NOVARTIS ONCOLOGY** por el generoso apoyo para el desarrollo y producción de este recurso.