

# Cómo aprovechar su seguro al máximo los 365 días del año

En el interior encontrará consejos para ahorrar dinero, términos clave y preguntas frecuentes.

## Beneficios de salud esenciales

Según lo definido por la Ley de Cuidado Asequible

Estas categorías de cobertura garantizan la atención en planes de salud calificados.

- ✦ Servicios de emergencia y hospitalización
- ✦ Servicios de laboratorio
- ✦ Servicios ambulatorios o para pacientes externos
- ✦ Embarazo, maternidad y cuidado del recién nacido
- ✦ Servicios pediátricos, incluido el cuidado dental y de la vista
- ✦ Servicios preventivos y de bienestar
- ✦ Manejo de enfermedades crónicas
- ✦ Cuidado de la salud mental y tratamiento por abuso de sustancias
- ✦ Medicamentos con receta, incluidos medicamentos de marca y genéricos
- ✦ Servicios de rehabilitación, de habilitación y dispositivos médicos

**HÁGASE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN RECOMENDADOS y LOS CONTROLES DE SALUD ANUALES**

## El seguro de salud es importante

Si usted se encuentra saludable, es difícil prever posibles enfermedades o lesiones, e incluso más difícil es predecir los costos de futuros problemas de salud. Sin embargo, es importante recordar que el seguro de salud —a diferencia del seguro de automóviles o del seguro del hogar— no se limita a ayudarle a pagar por un desastre inesperado. Los planes de salud ofrecen beneficios vitales cuyo fin es ayudarle a mantener una buena salud y disfrutar de la vida.

En última instancia, el seguro de salud es un contrato entre usted y una aseguradora de salud para pagar parte o la totalidad de sus costos de atención

de la salud a cambio del pago de una prima mensual. La clase de cobertura que usted tenga —es decir, el monto que su compañía de seguros esté dispuesta a pagar por ciertos gastos de atención médica— variará según la póliza de seguro que usted haya elegido.

Con una póliza de seguro de salud, usted no es penalizado por usar su cobertura durante todo el año; de hecho, lo alientan a hacerse controles regulares de la salud y a recibir atención preventiva durante el año.

A diferencia de otros tipos de seguros, sus tarifas no son determinadas por el uso anual, y las reclamaciones no pueden afectar los beneficios futuros.

*Mantenga su cobertura al día pagando sus primas puntualmente. Si usted permite que su cobertura caduque, sus costos médicos no estarán cubiertos.*

Description Item  
Introduction 1.0  
Safety Summary 2.0  
Method of Supply 2.1  
Characteristics 2.2  
Health Hazards 2.3  
Cold Burns and Frostbite 2.3.1  
Effect of Cold on the Lungs 2.3.2  
Hypothermia 2.3.3  
Formation of Mist 2.3.4  
Asphyxia 2.3.5  
Protective Clothing 2.4  
Safety Distance 2.5

Page 2  
Page 4  
Page 6  
Page 7  
Page 9  
Page 18  
Page 25  
Page 55  
Page 56  
Page 66  
Page 87  
Page 104

## ¿Qué son las farmacias especializadas?

Si usted tiene una afección crónica, rara o de largo plazo que requiere medicamentos, es posible que deba surtir ciertas recetas en una red de farmacias específicas o a través de un programa de recetas por correo. Los medicamentos que requieren almacenamiento o manejo especial, que se administran por inyección o infusión, que deben ser tomados en horarios estrictos, o que requieren atenta supervisión de efectos secundarios generalmente se surten en farmacias especializadas. Los medicamentos especializados cuestan más que los comunes y suelen requerir autorización previa de la compañía de seguros. Todos los medicamentos con receta exigen que usted pague la cantidad total correspondiente antes de recibir el medicamento. En caso de que usted deba usar una farmacia especializada, un coordinador de facturación trabajará con usted y sus proveedores para simplificar el proceso.

## Cómo leer su tarjeta del seguro

Lleve su tarjeta de identificación del seguro con usted toda vez que deba recibir atención médica. Esta tarjeta de identificación le llegará por correo o estará disponible por vía electrónica una vez que se haya inscrito en un plan de beneficios de salud.

- 1 En toda la correspondencia se hará referencia al número de miembro de la póliza de salud (este número es exclusivo de su póliza).
- 2 Un breve detalle de los gastos por cuenta propia, que pueden incluir los copagos obligatorios por visitas a consultorios, atención especializada, urgente o de emergencia, y medicamentos con receta. Esta información no tiene en cuenta su deducible.
- 3 Números de teléfono y direcciones para usar si desea hacer preguntas, necesita ayuda para presentar reclamaciones o debe solicitar una autorización previa.
- 4 Fecha de vigencia de la cobertura.

## Preguntas frecuentes

### Q ¿Qué debo hacer si no puedo pagar por mis medicamentos?

A Si usted tiene dificultades para afrontar los costos de sus medicamentos, puede disponer de programas de ayuda:

**Tarjetas de descuento:** Si el medicamento con receta que debe surtir es de marca, pregúntele al farmacéutico si existe algún cupón del fabricante que pueda usar. En muchos casos, los fabricantes farmacéuticos ofrecen descuentos o tarjetas con cupones que pueden reducir el copago de su medicamento a una cantidad mucho más accesible.

**Programas de medicamentos gratuitos:** Si sus medicamentos fueron rechazados o no están incluidos en la lista de medicamentos, usted es responsable de pagar el costo completo. Muchos fabricantes ofrecen específicamente a las personas que no tienen cobertura programas de medicamentos gratuitos u opciones de bajo costo que utilizan los ingresos a los fines de la elegibilidad.

**Organizaciones de asistencia para los copagos:** Estos programas proveen apoyo financiero directo a pacientes con seguros deficientes, incluso si usted cuenta con un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare, Medicaid o Tricare. Si recibe la aprobación (en función de calificaciones médicas y financieras), el programa puede brindarle ayuda con los gastos por cuenta propia relacionados con los medicamentos.

### Q ¿Puedo obtener ayuda para pagar mis facturas médicas?

A Si usted recibe una factura de un hospital o proveedor que no puede pagar, comuníquese con la oficina de facturación para comprobar si disponen de asistencia financiera o de un programa de atención benéfica. La Ley de Cuidado Asequible establece que todos los hospitales sin fines de lucro deben ofrecer algún tipo de programa de asistencia financiera. Estos programas evalúan sus ingresos, bienes y el tamaño de su grupo familiar y pueden reducir sus facturas en función de su elegibilidad. La mayoría ofrece ayuda en una escala móvil, y su factura puede reducirse en un 100 %.



### Q ¿Qué ocurre si tengo más de un plan de beneficios de salud?

A Usted puede tener la cobertura de más de un plan de seguro de salud. Por ejemplo, los cónyuges pueden tener cobertura para ambos bajo los planes de sus lugares de trabajo. Los empleados de más edad que aún se encuentran trabajando pueden tener los beneficios de Medicare y además la cobertura patrocinada por el empleador. Los empleados jubilados pueden tener un seguro para jubilados a través de su empleador más reciente, y además la cobertura de Medicare.

Si usted tiene más de una póliza activa, toda reclamación que presente se someterá a un proceso de revisión para determinar qué compañía de seguros de salud debe ser pagador primario o secundario. Una vez que el plan primario paga su parte de los cargos permitidos sobre los servicios cubiertos, el saldo restante es presentado al pagador secundario para su consideración bajo su plan de beneficios.

Health Access		Coverage
MEMBER NAME: Wylie Coyote	1	4 EFFECTIVE DATE: 01/22/2345
MEMBER NUMBER: 123456789 01		
GROUP: Warner Brothers		
GROUP NUMBER: 12345679		
CO-PAY: \$25		DRUG CO-PAY
SPECIALIST CO-PAY: \$35	2	GENERIC: \$10
XRAY/LAB BENEFIT: \$250		NAME BRAND: \$50
	3	CLAIMS/INQUIRES: 1-777-777-7777

## Ahorre dinero a través de autorizaciones previas

Su plan de salud puede exigirle a usted o a su proveedor médico que obtenga una autorización previa o precertificación antes de recibir ciertos servicios. Los servicios que suelen exigir autorización previa incluyen las admisiones en hospital de rutina o planificadas, la atención de la salud o la terapia de infusión en el hogar, y algunos servicios ambulatorios. Si usted no obtiene autorización previa, el servicio o medicamento puede costarle más o posiblemente no tenga ninguna cobertura. Si usted tiene dudas con respecto a si un servicio o tratamiento se encuentra cubierto, llame al número de servicio al cliente indicado en su tarjeta del seguro de salud.

Por último, como titular de la póliza, usted es responsable de saber qué exige su póliza.

*¡Presente siempre la documentación de las autorizaciones previas y preaprobaciones!*

## Cómo iniciar una conversación sobre problemas de facturación




El primer paso para hacer frente a los problemas es mantener organizada su documentación médica y financiera. De esa manera, si usted tiene problemas, podrá proporcionar una descripción completa del problema que está enfrentando. Siempre mantenga notas escritas con la fecha, nombre, cargo y número de teléfono de la persona con la que haya hablado. Recuerde que su objetivo es lograr que lo ayuden. Mantenga la calma; sea amable y paciente, pero también persistente. Si hay algo que no comprende, pida que se lo aclaren y continúe insistiendo hasta que lo entienda por completo.

## Comprenda su Explicación de Beneficios (EOB)

Cada vez que usted reciba atención de un proveedor o presente una reclamación por servicios recibidos, su aseguradora le preparará una "Explicación de beneficios". Este formulario no es una factura. Explica qué tratamientos y/o

servicios médicos fueron proporcionados y la cantidad que la compañía de seguros pagará por cualquier cargo cubierto. Es importante que tome nota de la siguiente información de su EOB:



**Nombre de miembro:** Wylie Coyote  
**la dirección:** 12 Beep Beep Road  
**Ciudad, Estado, Código Postal:** Coyote Falls, WB 88888

**Nombre del grupo:** Warner Brothers  
**Número de grupo:** 123456789  
**Fecha de pago:** 2/28/2020

---

**1** Nombre de miembro: Coyote, Wylie  
**Numero de Paciente:** 123456789 01

**1** proveedor: Bunny, Buggs M.D. (in your plan)  
**numero de reclamo:** 12257A68R

Fecha	Servicio Descripción	Facturado Cantidad	Permitido Cantidad	plan pagado	Tu Descuentos	Copago	Deducible	Coseguro	No Cubierto	Total tu Deber	Observación Código
10/15/2019	Venipunción (36415)	\$29.99	\$22.00	\$22.00	\$7.99	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	066
10/15/2019	Visita de oficina (99213)	\$150.00	\$80.00	\$0.00	\$70.00	\$30.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$80.00	01, 41
<b>Total</b>		<b>\$179.99</b>	<b>\$80.00</b>	<b>\$32.00</b>	<b>\$79.99</b>	<b>\$30.00</b>	<b>\$50.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$80.00</b>	

**Beneficio**

Deducible individual

Máximo de gastos por cuenta propia individuales dentro de la red

**Cantidad aplicada**

\$356.75

\$406.75

**Restante**

\$1,143.25

\$2,593.25

**Límite anual**

\$1,500.00

\$3,000.00

**6** 066 - No paga el monto de "Su descuento". Esto es un beneficio para usar médicos / instalaciones en nuestro plan

**01** Monto deducible

**41** Descuento acordado en el contrato del proveedor preferido\*

**5**

Usted debe \$ 80.00 a Bunny, B, M.D. Este valor incluye cantidades que puede tener ya pagado al momento del servicio.  
**ESTE NO ES UN BILLETE**

Servicio al Cliente: 1-777-777-7777

- 1** Verifique que los nombres del paciente y del proveedor visitado sean los correctos
- 2** Verifique la fecha del servicio prestado
- 3** Revise la descripción breve o el código de procedimiento del servicio prestado
- 4** Revise el monto facturado así como el monto permitido para el servicio

- 5** Revise el monto pagado por el seguro, así como el monto cuya responsabilidad de pago corresponde al paciente dentro de la estructura del plan
- 6** Revise el código de observaciones, que ofrece una explicación más detallada sobre los costos, los cargos y los montos pagados por su visita

La información presentada dentro de la EOB debería facilitarle la comparación con las facturas de los proveedores y garantizar la exactitud.

# Palabras que tienen impacto en su factura



## Deducible

El monto que usted paga por gastos médicos antes de que el plan de seguro comience a cubrir cualquier gasto adicional. Por ejemplo, el hecho de que usted tenga un deducible de \$1,000 significa que tendrá que pagar \$1,000 por cuenta propia antes de que su compañía de seguros pague su parte por un servicio cubierto. Las primas no se consideran a los fines de cumplir con su deducible.

## Prima

El monto que debe pagar para que su plan de seguro de salud permanezca activo. Si usted tiene un seguro a través de su lugar de trabajo, es posible que su empleador pague una parte de su prima en su nombre como parte de su paquete de beneficios de empleados.

## Máximo de gastos por cuenta propia

Esta es la cantidad de dinero más alta que tendrá que pagar durante su año del plan. Incluye el dinero que gastó en el deducible, el coseguro y los copagos. Una vez que alcance este límite, la compañía de seguros pagará el 100 % de los costos permitidos por todos los beneficios cubiertos. El máximo de gastos por cuenta propia es más alto que su deducible, y no incluye los costos de medicamentos o los servicios que se indican como excluidos en las condiciones escritas de su plan. Hoy en día, la mayoría de los planes tienen máximos separados para medicamentos y para gastos por cuenta propia por atención médica.

## Lista de medicamentos

Una lista de fármacos cubiertos por los beneficios de medicamentos con receta de un plan. La lista de medicamentos generalmente se divide en niveles de cobertura en función del tipo o uso del medicamento. Cada nivel tendrá un gasto por cuenta propia o un porcentaje definido que el paciente deberá pagar antes de recibir el medicamento. No todos los medicamentos estarán cubiertos por la lista de medicamentos de un plan específico. Monto permitido La tarifa negociada que su compañía de seguros y el proveedor han acordado para un servicio particular cuando este se presta dentro de la red de su seguro. Sus copagos y coseguro se basarán en este monto.

## Cantidad permitida

La tarifa negociada que su compañía y proveedor de seguros han acordado para un servicio en particular cuando se completa dentro de su red de seguros. Sus copagos y coseguros se basarán en este monto.

## Autorización previa

Para considerar cualquier cargo, su plan de seguro puede requerir aprobación previa para ciertos servicios, medicamentos o equipos. La autorización previa no es una garantía de que el plan de seguro cubrirá el costo del servicio.



## Conozca su plan y cuide su billetera

**L**eer y comprender los términos y frases clave de su plan de seguro le ayudará a descubrir maneras de controlar los gastos.

- **Beneficios cubiertos** Una póliza médica integral contiene varias áreas de cobertura; sin embargo, ningún plan cubre todos los servicios o productos disponibles en relación con la salud. Antes de buscar atención, familiarícese con los servicios cubiertos identificados en las condiciones escritas del plan. Tal vez se sorprenda al comprobar que algunos servicios que necesita no están cubiertos o solo están cubiertos con autorización previa.
- **Beneficios no cubiertos y exclusiones** Es importante leer y familiarizarse con la sección de su póliza de salud en la cual se indican las limitaciones y exclusiones. Su compañía de seguros no pagará por los servicios que se incluyan en esta sección. Las limitaciones o exclusiones típicas pueden incluir exámenes oculares y lentes de contacto, cuidado dental, tratamiento de fertilidad, cirugía cosmética y cuidado alternativo o complementario (como terapia de masajes). Algunos planes limitarán la cobertura de los tratamientos que la aseguradora considere no comprobados. Esto puede incluir suministros, procedimientos, terapias

o dispositivos considerados de carácter experimental o investigativo.

- **Beneficios de farmacia** Para surtir un medicamento con receta, la mayoría de las aseguradoras exigen que se pague con anticipación un copago (un costo fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo). Estos costos pueden variar en gran medida, dependiendo del nivel en el cual está clasificado el medicamento dentro de la lista de medicamentos del plan. Cuanto más alto sea el nivel (los niveles generalmente van de 1 a 5), tanto más alto será el gasto de bolsillo asociado con ese medicamento. Es posible que también deba cumplir con una cantidad de deducible farmacéutico antes de que su seguro comience a pagar su parte en el costo de sus medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos se encuentran en los niveles más bajos y, si están disponibles, pueden ahorrarle dinero.

Si usted necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos, puede solicitar que su médico se comunique con el plan de salud para explicar su necesidad médica de tomar un medicamento específico. Si su solicitud es rechazada, tiene derecho a apelar la decisión de su plan de salud.

*Tenga en cuenta que está bien preguntar sobre los costos cuando usted está considerando opciones de tratamiento. Algunos tratamientos pueden ser menos costosos que otros, pero igualmente eficaces.*

# Los pros y contras del seguro de salud



Un seguro de salud calificado le garantiza una cantidad mínima de cobertura de atención de la salud para cada tipo de servicio médico que pueda recibir, que incluyen visitas al médico, medicamentos con receta, internaciones, atención de enfermedades crónicas y/o cirugía. Cuando deba recibir atención médica, conozca los beneficios disponibles a través de su plan de salud. Si usted eligió un plan de salud a corto plazo, es posible que no tenga acceso a todos los servicios que podría esperar de un plan integral tradicional, y podría estar limitado en los tipos de atención y proveedores a los que podría acceder.

*El tratamiento de dolencias específicas no se encuentra cubierto bajo el beneficio de atención preventiva, incluso si se aborda durante una cita que de otro modo es de carácter preventivo.*

En todos los planes de atención médica calificados aparecen ciertos elementos clave:

## ATENCIÓN PRIMARIA

Incluye servicios básicos de atención médica, por lo general prestados por médicos y personal médico capacitado que ejercen la medicina familiar, la pediatría o la medicina interna. Un médico de atención primaria es su principal proveedor de atención médica y generalmente su primer punto de contacto. Este médico prestará servicios preventivos y puede referirlo a especialistas.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Se extiende más allá de la atención primaria en áreas médicas como cirugía, cardiología u oncología. Los especialistas son médicos capacitados en áreas médicas o de tratamiento específicas y han obtenido un nivel de conocimiento más detallado.

## ATENCIÓN URGENTE

Clínicas de atención en el mismo día que manejan una variedad de lesiones y afecciones que requieren atención pero que no son lo suficientemente graves como para necesitar una sala de emergencias. Ofrecen una amplia variedad de servicios para enfermedades comunes que no se consideran una verdadera emergencia, como dolores intensos de garganta, esguinces menores y cortes que requieran sutura.

## ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Se requiere para cualquier afección médica que plantee un peligro inmediato para la vida o la salud de una persona. Las lesiones en la cabeza, la debilidad, parálisis o el dolor persistente en el pecho son verdaderas emergencias y se incluyen entre las afecciones que exigen atención de emergencia.

## ATENCIÓN PREVENTIVA

Las pruebas, los exámenes de detección y las inmunizaciones, el cuidado rutinario de bebés, los exámenes de la vista pediátricos, los exámenes periódicos de próstata, los exámenes de Papanicolaou y las mamografías son ejemplos de servicios de atención preventiva comúnmente cubiertos. La Ley de Cuidado Asequible (ACA, en inglés) exige que la mayoría de los planes de seguro provean servicios preventivos sin pago de deducibles, copagos o coseguro de parte del paciente, lo cual le permite a usted participar en estos servicios sin costo.

# ¿Cómo se estructura mi plan?

Ya sea que se encuentre inscrito en un plan grupal o individual, comprender la forma en que funciona su plan puede ayudarle a utilizar sus beneficios.

Los planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) o de Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO) ofrecen servicios médicos en un área geográfica específica, sobre la base de tarifas contratadas y a los proveedores se les paga un monto predeterminado. Las HMO exigen que usted elija un médico de atención primaria (PCP) que es responsable de administrar su atención médica. Si usted necesita un servicio de diagnóstico o la atención de un especialista, su PCP debe referirlo a un proveedor de la red. Si usted opta por recurrir a un médico fuera de la red de su HMO para obtener atención programada, deberá pagar todo el costo.

Los planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) y de Punto de Servicio (POS) ofrecen cobertura a los miembros de manera similar, a través de una red predefinida de proveedores de atención médica, pero suelen ser más flexibles que las HMO. Por ejemplo, usted no tiene la obligación de ser referido para visitar a un especialista de la red. Sin embargo, si opta por salir de la red para recibir servicios, es responsable de pagar la diferencia entre lo que el plan ha determinado como tarifa negociada y lo que le cobre el proveedor.

Los planes de salud de deducible alto (HDHP) tienen primas más bajas y un deducible anual más alto que un plan de salud tradicional. Estos planes atraen a personas sanas que no pueden o no desean pagar altas primas mensuales por sus beneficios. La atención preventiva está cubierta sin costo, pero otros servicios deben ser pagados por el asegurado hasta tanto cumpla con el deducible antes de que la compañía de seguros haga su contribución.

Una ventaja del HDHP es la capacidad de contribuir una cantidad determinada de dólares antes de impuestos a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) a su nombre. La mayoría de las personas depositan en sus HSA los ahorros ofrecidos por las primas mensuales más bajas. Estos fondos pueden usarse para cubrir el costo de la atención médica hasta que se cumpla con el deducible y el seguro comience a pagar.

Los planes patrocinados por el gobierno como Medicare, Medicaid o los beneficios militares operan bajo una combinación de diseño de planes. Los planes Medicare Advantage están estructurados como HMO o PPO, mientras que Traditional Medicare le permite ir a cualquier proveedor que acepte Medicare. Por lo general, Medicaid funciona como un plan HMO y los beneficios varían por estado.

# Consejos para ahorrar dinero en el seguro de salud

- 1** Elija proveedores de la red – Sepa adónde ir para recibir atención. Use el departamento de emergencias para una situación que ponga en riesgo su vida, pero use los proveedores de la red para todos los demás problemas relacionados con la salud.
- 2** Llame a su compañía de seguros para hacer preguntas – Lea su “EOB” (Explicación de beneficios), haga preguntas y tome notas. Preste atención a los códigos que no comprenda y pida que se los definan. No olvide comparar su EOB con su factura y vuelva a revisar las fechas de servicio para asegurarse de que los montos coincidan y los pagos anteriores hayan sido documentados.
- 3** Benefíciense con los servicios preventivos – La mayoría de los planes deben cubrir ciertos servicios preventivos sin exigirle ningún pago. Esto es así aun cuando usted no haya cumplido con su deducible, siempre que visite a un proveedor de la red para recibir los servicios.
- 4** Practique maneras de mejorar la salud y reducir los costos – Un buen consejo para todos es comer mejor, hacer más ejercicio, limitar el consumo de alcohol y dejar de fumar. Además de estos aspectos básicos para la salud, vacúnese y hágase exámenes de detección cuando así se recomiende y no posponga la visita al médico cuando la necesite.
- 5** Si no puede afrontar su atención médica, sea previsor – El estrés que genera pensar en cómo pagar los costos de atención médica puede empeorar una afección crónica, o hacer que usted se demore en buscar atención. Si se siente abrumado, consulte sobre planes de pago o programas de atención benéfica. Los recursos comunitarios pueden abarcar desde ayuda para gastos prácticos y suministros médicos hasta asistencia para copagos y primas, servicios de asesoría y asistencia jurídica. Si solicita ayuda, muchos proveedores discutirán un plan de pagos u ofrecerán soluciones que podrán ayudarle a pagar por su atención.
- 6** Elija medicamentos genéricos toda vez que sea posible – La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. exige que los medicamentos genéricos sean tan seguros y eficaces como los de marca. Tienen la misma posología, uso indicado, efectos, riesgos, seguridad y concentración que el medicamento original. La diferencia principal es que los fabricantes de medicamentos genéricos tienen menos costos asociados con el desarrollo y el mercadeo. Cuando usted usa el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca, se le transfieren los ahorros de costos.

# Una tendencia en el tratamiento: la medicina personalizada

Las pruebas genéticas y la medicina personalizada evolucionan rápidamente como el futuro del tratamiento médico. Las pruebas genéticas no solo ayudan a identificar el riesgo de una persona de desarrollar una enfermedad o afección determinada, sino que también proveen información sobre la mejor manera de tratar una afección. Además del cáncer, la medicina personalizada está impulsando el desarrollo de nuevos tratamientos para enfermedades complejas como la diabetes, la enfermedad del corazón (cardiopatía), la hepatitis C y la enfermedad de Alzheimer que, según se cree, son causadas por una combinación de factores genéticos y de otra naturaleza.

Si bien todavía estamos aprendiendo sobre los beneficios, la medicina personalizada permite a los médicos prescribir un tratamiento o fármacos dirigidos a la estructura genética específica del paciente. Por ejemplo, muchos biomarcadores tumorales particulares se están estudiando a través de estudios clínicos que determinan si el cáncer de un paciente tiene las características para responder a un tratamiento específico. Según lo demostrado, esto ofrece mejores resultados para la salud, le ahorra al paciente numerosos efectos secundarios tanto innecesarios como desagradables, y evita costos adicionales.

Hable con su compañía de seguros acerca de qué pruebas genéticas y opciones de tratamiento se encuentran cubiertas en su plan.



## Recurso destacado - Directorio de recursos financieros nacionales

A veces, incluso contando con un seguro, usted necesita atención médica o apoyo financiero adicionales. El Directorio de recursos financieros nacionales puede ayudarle a identificar organizaciones sin fines de lucro y comunitarias que trabajan para ayudar a los pacientes a superar las dificultades relacionadas con el acceso a la atención de la salud y su asequibilidad. Para obtener más información, visite nuestro directorio en [patientadvocate.org/financial](http://patientadvocate.org/financial).

