



Kit de

herramientas para un
envejecimiento saludable.

FAIRHealthOlderAdults.org



Campaña generosamente financiada por:
The
John A. Hartford
Foundation

Bienvenido al kit de herramientas de FAIR Health para adultos mayores

FAIR Health para adultos mayores (FAIRHealthOlderAdults.org) es un sitio web gratuito diseñado para brindar a los adultos mayores y a las personas que los apoyan la información clínica, financiera y educativa que necesitan para planificar un tratamiento, procedimiento o afección en curso.

Utilice este kit de herramientas complementario para acceder fácilmente a las listas de verificación, los artículos y los recursos del sitio web, que se enumeran a continuación.

Tabla de contenido (haga clic para visitar la página).

[Lista de verificación para la toma de decisiones compartida: para pacientes](#)

[Lista de verificación de navegación sanitaria: para pacientes](#)

[Lista de verificación para la toma de decisiones compartida:](#)

[Para cuidadores familiares y cuidadores](#)

[Lista de verificación de navegación sanitaria:](#)

[Para cuidadores familiares y cuidadores](#)

[Conceptos básicos del seguro Medicare](#)

[Conceptos básicos del seguro Condiciones crónicas](#)

[Conceptos básicos del seguro Costo total del tratamiento FH®](#)

[Ayuda básica sobre seguros para cuidadores](#)

[Conceptos básicos del seguro Cobertura dental para jubilados](#)

[Recursos para adultos mayores y familias](#)

Explore otras herramientas y funciones en FAIR Health Consumer (fairhealthconsumer.org), El sitio web para consumidores galardonado, nacional y gratuito de FAIR Health que alberga FAIR Health para adultos mayores:

Herramienta de búsqueda de costos médicos

de FH® Calcule sus costos de atención médica en su área, incluidos diferentes entornos de atención como telesalud, atención de urgencia e instalaciones hospitalarias para pacientes internados.

fairhealthconsumer.org/medical

Herramienta de búsqueda de costos dentales FH®

Calcule los costos de atención dental en su área.

fairhealthconsumer.org/dental

Herramienta de costo total del tratamiento FH®

Estimar el costo total involucrado en el cuidado de una enfermedad crónica, enfermedad durante un año, cuidar una enfermedad aguda o someterse a un procedimiento complejo.

fairhealthconsumer.org/medical

Artículos básicos de seguros FH®

Obtenga información sobre diversos temas de atención médica y seguros médicos.

fairhealthconsumer.org/insurance-basics/home

Herramienta de búsqueda de servicios que se pueden comprar

Calcule los costos de más de 300 servicios que se pueden programar con anticipación, incluidos los procedimientos electivos.

fairhealthconsumer.org/shoppable-services

Localizador de procedimientos de partes del

cuerpo Utilice un mapa del cuerpo humano para ayudarlo a encontrar procedimientos médicos y sus costos estimados en ciertas ubicaciones geográficas.

fairhealthconsumer.org/medical

Recursos

Encuentre organizaciones y recursos externos que puedan ayudarlo a utilizar el sistema de atención médica y ayudarlo con sus inquietudes sobre atención médica.

fairhealthconsumer.org/resources/costs

Sección de Calidad

Obtenga información sobre qué considerar al comparar y seleccionar proveedores de atención médica.

fairhealthconsumer.org/calidad

Glosario

Acceda a una lista de términos de atención médica y seguros médicos de uso común.

fairhealthconsumer.org/glossary

Si tiene alguna pregunta sobre FAIR Health para adultos mayores, comuníquese con nuestro equipo de servicio al cliente:

855-566-5871, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 6 p. m., hora del Este, o envíenos un correo electrónico a consumer@fairhealth.org.

Si tiene alguna pregunta médica, comuníquese con su médico.

FERIA Salud para Adultos Mayores. Decisiones saludables para un envejecimiento saludable.

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación para la toma de decisiones compartida Para pacientes

A menudo confiamos en nuestros proveedores de atención médica para que nos digan qué atención necesitamos. Pero para obtener la mejor atención, usted y su proveedor (y, si tiene uno, un cuidador familiar o un compañero de cuidado) toman decisiones juntos. Este proceso se llama toma de decisiones compartida. Su proveedor comparte experiencia médica y usted comparte lo que desea de su atención. Luego toman una decisión juntos.

Si su equipo de atención médica no ha hablado sobre la toma de decisiones compartida, aún puede participar en el proceso. Consulte esta lista de verificación para iniciar la conversación sobre la toma de decisiones compartida. traе esto con usted a las citas. Se pueden descargar e imprimir copias adicionales de esta lista de verificación desde FAIRHealthOlderAdults.org

Antes de su cita/discusión: piense en lo que le importa y escríbalo

- ¿Qué le gustaría preguntar y saber sobre su condición y opciones de tratamiento?
- ¿Qué es lo que más te importa en la vida? ¿Cuáles son sus objetivos para el tratamiento (por ejemplo, controlar los síntomas o poder hacer cosas que actualmente no puede hacer)? Piense en sus objetivos de tratamiento, en lo que le importa. Una enfermera, un trabajador social o un proveedor de atención primaria también pueden ayudarlo a analizar sus objetivos y deseos.
- ¿Es el costo una parte importante de su decisión?
- Consulte recursos útiles.

Durante su cita/discusión: haga preguntas; Exprese sus objetivos y lo que importa (tome notas que pueda consultar más adelante).

- Me gustaría tomar esta decisión junto contigo en función de mis objetivos y lo que más me importa y de tu experiencia.

Lo que más me gustaría de la vida es

Lo que más me importa es

Lo que más miedo tengo es

¿Existen herramientas de decisión que podamos utilizar para tomar esta decisión juntos?

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación de toma de decisiones compartida para pacientes (continuación)

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi condición y mis opciones?

- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles son los beneficios de las opciones?
- ¿Cuáles son los riesgos para mí si elijo esta opción?
- ¿Y si prefiero no hacer nada?
- ¿Hay alguna información nueva sobre el tratamiento de mi afección que deba conocer?
- ¿Cuáles son los costos relacionados con cada opción?
- ¿Con quién puedo hablar para conocer más sobre los tratamientos y cómo puedo pagarlos?
- Para mis objetivos y condición específicos, ¿cuáles serían las mejores opciones?
- Para opciones de tratamiento específicas, ¿tengo que seguir ciertas reglas?
- ¿Existen organizaciones que puedan brindar servicios de apoyo si los necesito?
- No entiendo. ¿Puedes explicarme esto de otra manera?
- Me gustaría una segunda opinión. ¿Puede proporcionar una referencia?
- ¿Puedo comunicarme con ustedes si tengo preguntas?
- ¿Puedes darme esta información por escrito?
- ¿Cuáles son los siguientes pasos?
- ¿A qué otros proveedores, si corresponde, debería consultar a continuación para continuar con mi atención?

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación de navegación sanitaria

Para pacientes

Encontrar la información y la atención sanitaria que mejor se adapten a sus necesidades puede ser un proceso complejo. Tómese el tiempo para escribir y hacer preguntas en cada paso del camino. Puede descargar e imprimir más copias de esta lista de verificación como punto de partida. Lleve esto con usted a las citas. Se pueden descargar e imprimir copias adicionales de esta lista de verificación desde FAIRHealthOlderAdults.org

Elegir un proveedor de atención médica

(Tome notas que pueda consultar más adelante).

- Si no tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o desea cambiar de PCP, llame a su proveedor de seguros para ver qué PCP están en la red de su plan.
- Pídale a su PCP que lo derive a un proveedor que esté dentro de la red.
- Antes de programar una cita, pregunte si el proveedor acepta su plan y acepta nuevos pacientes.
- Si se someterá a una cirugía o procedimiento, pregúntele a su médico si todos los proveedores que le brindan atención también están en su red.
- Si un proveedor está fuera de la red, pregunte si su cargo es mayor que lo que pagará su aseguradora y cuánto de los costos cubrirá su plan.
- ¿Tiene el proveedor de atención médica las cualidades que usted valora (p. ej., habla su idioma, tiempo de espera, escucha sus inquietudes)?
- Verifique la ubicación, educación, capacitación, certificaciones de la junta y afiliaciones hospitalarias del proveedor.
- ¿Participa el proveedor en algún programa que informe medidas de calidad?

Consulte la [Calidad de la Atención Médica](#) sección sobre [Consumidor FAIR Health](#) para más información.

Costos de negociación

- Utilice el [seguro médico de FAIR Health y dental](#) Herramientas de búsqueda de costos para estimar el costo de su servicio médico o dental.
- Compare el costo estimado con lo que cobra su proveedor.
- Hable con su proveedor sobre sus opciones de pago.

Después de recibir su factura

- Revise su factura de cerca.
- Utilice las herramientas de búsqueda de costos de FAIR Health para verificar las diferencias entre los costos estimados de FAIR Health y los precios que le cobró su proveedor.
- Llame a la oficina de facturación de su proveedor y hable sobre la diferencia entre su cargo y el Estimaciones de costos de salud FAIR.
- Pregunte si el proveedor puede igualar las estimaciones del sitio web de FAIR Health.
- Si necesita disputar su factura, solicite el apoyo de organizaciones que puedan ayudarlo con el proceso, como la Fundación Defensora del Paciente. (patientadvocate.org)

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación para la toma de decisiones compartida

Para cuidadores familiares y cuidadores

Los pacientes a menudo dependen de los proveedores de atención médica para que les digan qué atención necesitan. Pero para que nuestros familiares y amigos (personas que reciben cuidados) reciban la mejor atención, especialmente si tienen dificultades cognitivas o una enfermedad grave, ellos, su equipo de atención médica y usted pueden tomar decisiones juntos. A esto se le llama toma de decisiones compartida. Su proveedor comparte conocimientos médicos y usted (y la persona a quien cuida) comparten lo que desea de la atención. Luego toman una decisión juntos. Si el equipo de atención médica de la persona que recibe su cuidado no ha hablado sobre la toma de decisiones compartida, aún puede participar en el proceso.

Utilice esta lista de verificación para iniciar la conversación sobre la toma de decisiones compartida. Llévelo con usted a las citas.

Se pueden descargar e imprimir copias adicionales de esta lista de verificación desde FAIRHealthOlderAdults.org

Antes de la cita: piense en lo que importa y escríbalo

- ¿Qué es lo más importante en la vida para la persona que recibe sus cuidados? ¿Cuáles son sus objetivos para el tratamiento? ¿Quieren controlar los síntomas o poder hacer cosas que no pueden hacer ahora?
- ¿Qué le gustaría saber sobre el problema de salud y las opciones de tratamiento de la persona que recibe su cuidado? Un médico (como una enfermera o un proveedor de atención primaria) también puede ayudarlos a usted y a la persona que recibe su atención a discutir sus objetivos y deseos.
- ¿Los costos afectarán su decisión?
- Consulte los recursos recomendados a continuación.

Durante la cita/discusión: haga preguntas, exprese los objetivos de su receptor de atención y lo que le importa (tome notas que pueda consultar más adelante).

- Me gustaría tomar esta decisión con usted en función de los objetivos de mi beneficiario de cuidados y de lo que más le importa y de su conocimiento.

Lo que más le gustaría de la vida a mi persona a cargo de mi cuidado es

Lo que más le importa a la persona que me cuida es

Lo que más teme la persona que me cuida es

¿Existen herramientas de decisión que podamos utilizar para tomar esta decisión juntos?

¿Cómo puedo obtener más información sobre su condición y opciones?

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación de toma de decisiones compartida para cuidadores familiares y cuidadores (continuación)

- ¿Cuáles son las opciones de tratamiento de mi beneficiario de cuidados?
- ¿Cuáles son los beneficios de las opciones?
- ¿Cuáles son los riesgos para la persona que recibe mis cuidados si elegimos esta opción? ¿Qué pasa si la persona que recibe mi cuidado prefiere no hacer nada?
- ¿Cuáles son los costos de cada opción? ¿Con quién puedo hablar para conocer más sobre los tratamientos y cómo pagarlos?
- Para los objetivos y el problema de salud de mi beneficiario de cuidados, ¿cuáles serían las mejores opciones? Para las opciones de tratamiento, ¿la persona que recibe mis cuidados tiene que seguir ciertas reglas?
- ¿Hay alguna información nueva sobre el tratamiento de su afección que la persona que recibe mi atención debería conocer?
- ¿Qué apoyo hay disponible para las personas con los mismos problemas de salud que la persona que recibe mis cuidados? No entiendo. ¿Puedes explicarme esto de otra manera?
- Me gustaría una segunda opinión. ¿Puede proporcionar una referencia?
- Si tengo alguna pregunta, ¿puedo llamarte o enviarte un correo electrónico? ¿Puedes darme esta información por escrito?
- ¿Cuáles son los próximos pasos? ¿A qué otros proveedores, si corresponde, debería acudir a continuación mi beneficiario de cuidados para continuar con su atención?

Después de la cita

- Guarde las notas en un lugar a mano para poder verlas más tarde. Si no tienes claro los próximos pasos, ¡pregunta!
- Si necesita más tiempo para tomar una decisión con la persona que recibe su cuidado, infórmele al equipo de atención médica.
- Si desea una segunda opinión para la persona que recibe su atención, programe una consulta con otro proveedor.

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación de navegación sanitaria

Para cuidadores familiares y cuidadores

Encontrar la atención adecuada y tomar decisiones informadas para un familiar o amigo puede resultar difícil. Tómese el tiempo para escribir y hacer preguntas en cada paso del camino.

Puede descargar e imprimir más copias de esta lista de verificación como punto de partida. Lleve esto con usted a las citas. Se pueden descargar e imprimir copias adicionales de esta lista de verificación desde FAIRHealthOlderAdults.org

Elegir un proveedor de atención médica

(Tome notas que pueda consultar más adelante).

- Si su familiar o amigo no tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o desea cambiar de proveedor, llame a su proveedor de seguros para ver qué PCP están en la red de su plan.
- Pídale al PCP de la persona que recibe su atención que lo derive a un proveedor que esté dentro de la red.
- Antes de programar una cita, pregunte si el proveedor acepta el plan de la persona que recibe su cuidado y acepta nuevos pacientes.
- Si la persona que recibe su atención se someterá a una cirugía o procedimiento, pregúntele a su médico si todos los proveedores que brindan su atención también están en su red.
- Si el proveedor de la persona que recibe su atención está fuera de la red, pregunte si su cargo es mayor que lo que pagará su aseguradora y cuánto de los costos cubrirá su plan.
- ¿Tiene el proveedor de atención médica las cualidades que la persona que recibe su atención valora (p. ej., habla su idioma, tiempo de espera, escucha sus inquietudes)?
- Verifique la ubicación, educación, capacitación, certificaciones de la junta y afiliaciones hospitalarias del proveedor.
- ¿Participa el proveedor en algún programa que informe medidas de calidad?

Consulte la [Calidad de la Atención Médica](#) sección sobre [Consumidor FAIR Health](#) para más información.

Costos de negociación

- Hable con el proveedor de atención médica para preguntarle sobre el servicio o procedimiento que recibirá su receptor de atención, el código de facturación y el precio.
- Registre los nombres de las personas con las que habló y todos los códigos y precios que discutieron. Pídale que le envíen esta información por escrito o por correo electrónico, si es posible.
- Descubra el estado de la red del proveedor y el costo del servicio o procedimiento (si está fuera de la red).
- Utilice el sitio web [médico](#) del consumidor de FAIR Health y [dental herramientas de búsqueda](#) de costos para estimar el costo de la atención médica o servicio dental.
- Compárelo con lo que cobra el proveedor. Hable con el proveedor sobre las opciones de pago.

Después de recibir su factura

- Revise su factura de cerca.
- Utilice las herramientas de búsqueda de costos de FAIR Health para verificar las diferencias entre los costos estimados de FAIR Health y los precios que le cobró su proveedor.
- Llame a la oficina de facturación de su proveedor y hable sobre la diferencia entre su cargo y el Estimaciones de costos de salud FAIR.

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Lista de verificación de navegación en atención médica para cuidadores familiares y cuidadores (continuación)

- Pregunte si el proveedor puede igualar las estimaciones del sitio web de FAIR Health.
- Si necesita disputar su factura, solicite el apoyo de organizaciones que puedan ayudarlo con el proceso, como la Fundación Defensora del Paciente. (patientadvocate.org) _____

NOTAS

Las ayudas para la toma de decisiones no pretenden ser consejos, diagnósticos o tratamientos médicos. Su objetivo es ofrecer información que le ayude a participar en la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Las opciones clínicas en las ayudas para la toma de decisiones deben discutirse con su profesional de la salud, ya que la condición de cada paciente variará.

Conceptos básicos de seguros

Seguro médico del estado

Si tiene 65 años o más, descubrir cómo funciona Medicare y cuándo inscribirse puede resultar un desafío. Este artículo cubrirá los conceptos básicos de lo que necesita saber sobre Medicare.

¿Qué es Medicare?

Medicare es el programa de seguro médico estadounidense para personas 65 años o más (y para menores de 65 años con discapacidad o determinadas enfermedades). Para ser elegible, debe ser ciudadano estadounidense o residente legal. Medicare tiene diferentes elementos que cubren diferentes temas. Al seleccionar su cobertura de Medicare, elija las partes que mejor satisfagan sus necesidades de atención médica. ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))

Medicare Original (Partes A y B)

La Parte A es el seguro hospitalario. Cubre estadías hospitalarias, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y cierta atención médica domiciliaria. Si ha trabajado y pagado los impuestos de Medicare durante un cierto período de tiempo, generalmente no paga una prima mensual por la Parte A. A esto se le llama Medicare sin prima.

La Parte B es el seguro médico. Cubre la cobertura de ciertos médicos servicios, atención ambulatoria, insumos médicos y servicios preventivos. Si tiene la Parte B, deberá pagar una prima mensual. Las Partes A y B juntas se conocen como Medicare Original.

Cómo y cuándo inscribirse en Medicare Original

Si recibe beneficios del Seguro Social, generalmente obtendrá Medicare Original (Partes A y B) automáticamente una vez que sea elegible. Si tiene un plan de salud a través de su empleador (o el de su cónyuge), generalmente puede esperar y solicitar Medicare cuando usted (o su cónyuge) se jubile, incluso después de los 65 años.

Si desea inscribirse en Medicare Original cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial comienza tres meses antes de que cumpla 65 años y finaliza tres meses después de que cumpla 65 años.

Plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

Los medicamentos recetados no están cubiertos por Medicare Original. Si necesita cobertura de medicamentos recetados, deberá agregar un plan por separado. Esto se conoce como plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas.

Es su elección agregar la Parte D a su plan Medicare.

Sin embargo, si decide no inscribirse en la Parte D cuando sea elegible por primera vez y no tiene otra cobertura de medicamentos (como la cobertura de medicamentos de un empleador), deberá

probablemente pague una multa por inscripción tardía. Es posible que deba la multa si se queda sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos durante un período continuo de 63 días o más después del final de su período de inscripción inicial para la cobertura de la Parte D. (Obtenga más información en [ssa.gov/medicare/part-d-extra-help](https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help)).

Ventaja de Medicare (Parte C)

La Parte C puede brindarle cobertura para las Partes A, B y, a menudo, la Parte D en un solo paquete. Los planes de la Parte C, conocidos como planes Medicare Advantage, son ofrecidos por empresas privadas aprobadas por Medicare. Pueden incluir servicios adicionales no cubiertos por Medicare Original, como servicios de visión, audición y dentales. Los tipos comunes de planes Medicare Advantage incluyen los planes de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y Organización de proveedores preferidos (PPO).

Medigap

Medigap es un seguro complementario de Medicare, que se puede agregar a Medicare Original. Una póliza Medigap puede ayudar a pagar los costos de atención médica, como deducibles y copagos. Por lo general, no puede tener un plan Medicare Advantage y Medigap al mismo tiempo. Puede encontrar más información sobre los planes Medicare Advantage y las pólizas Medigap en su área en [medicare.gov/plan-comparar](https://www.medicare.gov/plan-comparar).

Elegibilidad dual para Medicare y Medicaid

Si es elegible para Medicare y Medicaid, se considera que tiene doble elegibilidad. Si tiene doble elegibilidad y visita a un médico que acepta Medicare y Medicaid, Medicare cubrirá los servicios primero. Medicaid cubrirá

la mayoría de los costos que Medicare no paga, como copagos y deducibles.

Recursos útiles sobre Medicare

Los sitios web que ofrecen recursos útiles sobre Medicare incluyen el Centro de Derechos de Medicare ([medicarerights.org](https://www.medicarerights.org)) y AARP ([aarp.org/health/medicare-insurance](https://www.aarp.org/health/medicare-insurance)).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ([cms.gov](https://www.cms.gov)) y el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos ([shiphelp.org](https://www.shiphelp.org)) También ofrecemos información sobre cómo funciona Medicare. También puedes consultar las redes sociales.

Administración de Seguridad ([ssa.gov](https://www.ssa.gov)) y los sitios web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para obtener más información información ([hhs.gov/aging](https://www.hhs.gov/aging)).

Conceptos básicos sobre seguros Medicare (continuación)

Su plan de acción: lo que necesita saber sobre medicare

- Si califica para las Partes A y B de Medicare, infórmese sobre los costos y cómo inscribirse.
 - Si tiene Medicare Original, considere inscribirse en un plan dental separado para cubrir los costos dentales.
 - Si necesita cobertura de medicamentos recetados, obtenga información sobre la Parte D de Medicare.
 - Si está interesado en las Partes A, B y D de Medicare en un solo paquete, considere un plan Medicare Advantage (Parte C).
 - Si necesita un seguro médico para cubrir ciertos costos que Medicare Original no paga, considere contratar una póliza Medigap.
 - Si es elegible para Medicare y Medicaid, descubra cómo funcionan juntos Medicare y Medicaid. ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))
-

Conceptos básicos de seguros

Condiciones crónicas

Si le diagnostican una afección crónica y persistente, necesita respuestas a dos preguntas importantes:

¿Qué cuidados necesitará para mantenerse saludable?

Mantenerse saludable debería ser su primera preocupación. Esto es cierto sin importar cuál sea la condición de salud crónica, ya sea

es diabetes, asma, enfermedades cardíacas, depresión o algo más.

Pregúntele a su médico qué debe hacer para ayudarlo a controlar la afección y siga sus recomendaciones.

¿Cuánto va a costar?

Una segunda preocupación importante con respecto a las enfermedades crónicas es cuánto tendrá que pagar para mantener la afección bajo control. Por definición, las enfermedades crónicas duran mucho tiempo o se resuelven durante un tiempo para volver más tarde. Cada caso es diferente, pero seguir algunas pautas de atención básicas puede ayudar a los pacientes a planificar el futuro.

Siga hábitos saludables

Seguir el plan de tratamiento de su médico puede mantenerlo saludable y ahorrarle dinero. Por ejemplo, muchas personas con enfermedades crónicas necesitan medicación regular.

Cumplir con el cronograma de medicación de su médico puede evitar que su condición empeore.

Mantenga citas de seguimiento periódicas con sus proveedores de atención médica, como médicos u otro tipo de profesionales de la salud. De esa manera, pueden realizar un seguimiento de su condición y tratar cualquier complicación antes de que necesite ir al hospital. En general, adopte un estilo de vida saludable, incluyendo ejercicio regular, una dieta equilibrada y evitando fumar. Eso puede ayudarte a mantenerte alejado

Desde el hospital.

Presupuesta tus costos

Obtenga la imagen más completa que pueda de sus costos anuales. De esa manera, puede elaborar un presupuesto y planificar con anticipación.

Es posible que necesite visitas al médico, pruebas, equipo médico en su hogar u otros suministros. Pídale a su médico que le ayude a hacer una lista de cuántos servicios, pruebas y medicamentos necesitará cada año. Luego, calcule cuánto pagará. Si está asegurado, asegúrese de incluir costos como:

- **Deducibles:** la cantidad de dinero que debes pagar antes de que su plan de salud comience a pagar su atención. Es posible que tenga deducibles separados para servicios médicos y medicamentos recetados.

- **Copagos:** el costo fijo que usted paga por una visita o prueba al médico.
- **Coseguro:** El porcentaje del costo que pagará por un servicio médico. Si no sabe cuánto costará el servicio, consulte a su médico.

Busque un plan de salud que cubra sus necesidades

¿Qué plan de salud es mejor si necesita muchos servicios médicos y medicamentos? Puede que no sea el que tenga la prima más baja. Las primas son los pagos regulares (a menudo mensuales) que usted realiza para mantener su cobertura.

Los planes con primas bajas suelen tener deducibles altos.

Eso significa que necesita gastar mucho dinero antes de que su plan comience a pagar su parte de los costos. También es posible que tenga copagos más altos cuando visite al médico o busque otros servicios. Si visita al médico con frecuencia, esos copagos pueden acumularse. Es posible que le convenga pagar una prima más alta cada mes para recibir un deducible más bajo y gastar menos en visitas al médico, pruebas y medicamentos.

Considere un plan de gastos flexible

Suponga que tiene un deducible alto o espera pagar una gran suma de su bolsillo por su afección. Luego, considere un plan de gastos flexible si su empleador ofrece uno. Estos planes le permiten reservar dinero de su sueldo para pagar la atención médica para usted y su familia.

Puede utilizar el dinero para ciertos gastos médicos y dentales, incluidos medicamentos recetados y de venta libre. También puede usarlo para equipos médicos como muletas y dispositivos de diagnóstico como kits de análisis de sangre.

El dinero se ahorra antes de que se deduzcan los impuestos, por lo que puede aprovechar su dinero. Para decidir cuánto reservar, utilice el presupuesto anual que desarrolle para su afección.

Su empleador puede ofrecer una Cuenta de Gastos Flexible (FSA), como parte del plan de salud del empleador. Hacer un presupuesto por adelantado es especialmente importante si tiene una FSA, porque perderá todo el dinero que no gaste al final del año. (Su empleador puede darle un "período de gracia" de dos meses y medio, pero no está obligado a hacerlo).

Si tiene un plan de salud con deducible alto, es posible que pueda abrir una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) a través de su banco. A diferencia de una FSA, el dinero que ahorra en una HSA se "transferirá" año tras año si no lo gasta, y podrá llevarse si cambia de trabajo o deja de trabajar.

Conceptos básicos sobre seguros Condiciones crónicas (continuación)

Pregúntele a sus proveedores de atención médica

Cómo ahorrar dinero

Sus médicos y otros proveedores de atención médica tienen experiencia en el tratamiento de su afección. Por lo tanto, es posible que conozcan formas de ahorrar dinero sin poner en riesgo su salud. Por ejemplo, su médico puede recetarle un medicamento más barato, como un medicamento genérico.

O bien, su farmacéutico puede ayudarle a comprar un suministro de su medicamento para 3 meses de una sola vez para ahorrar dinero. También puede preguntar a sus proveedores sobre la financiación de organizaciones que se centran en su afección.

Permanezca en la red de su plan

Si tiene un plan de salud, intente recibir atención dentro de su red. Una red es el grupo de médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que tienen contratos con su plan de salud.

La atención dentro de la red casi siempre es más barata que fuera de la red. Si se someterá a una cirugía u otro procedimiento, asegúrese de que todos los proveedores involucrados estén en su red.

Eso incluye a su médico, así como al cirujano y al anestesiólogo. Si necesita una prueba de laboratorio, pídale a su médico que utilice un laboratorio que esté dentro de su red.

Si elige salir de la red, utilice la herramienta de búsqueda de costos de FAIR Health. (fairhealthconsumer.org/medical) La herramienta de búsqueda le ayudará a estimar cuánto cuestan los servicios en su área. Puede comparar la estimación con los precios de los proveedores locales y utilizarla para negociar.

Si su afección es poco común o necesita atención que no muchos médicos pueden brindarle, es posible que deba salir de la red para encontrar un proveedor con las habilidades y la experiencia adecuadas para tratar su afección. Si vive en ciertos estados como Nueva York, es posible que tenga derecho a que su aseguradora le permita salir de la red por el precio dentro de la red.

Su plan de acción: gestionar los costos de su enfermedad crónica

Para mantener bajo control los costos de su condición crónica:

- Siga hábitos saludables, incluido tomar sus medicamentos según lo recetado.
- Haga un presupuesto de sus costos anuales y de cómo planea pagarlos.
- Busque un plan de salud que pague una mayor parte de los deducibles y copagos, incluso si la prima es más alta que la de otros planes.
- Considere un plan de gastos flexible, que le permita reservar dinero antes de impuestos de su sueldo para pagar la atención médica.
- Pregunte a sus proveedores, como farmacéuticos y médicos, cómo puede mantenerse saludable mientras ahorra dinero.
- Intente utilizar proveedores en la red de su plan. Utilice recursos como la herramienta de búsqueda de costos de FAIR Health para estimar cuánto podría costar la atención fuera de la red.

Conceptos básicos de seguros

Costo total del tratamiento FH®

Si tiene una enfermedad crónica o necesita un procedimiento complicado, es una buena idea obtener un FH

Estimación del costo total del tratamiento.

Costo total del tratamiento FH®

Si tiene una enfermedad crónica o actual, como diabetes tipo 2, o un procedimiento complicado, como un reemplazo de rodilla, su tratamiento generalmente requerirá muchos servicios médicos diferentes. Por ejemplo, si le reemplazan la rodilla, necesitará anestesia, pruebas de laboratorio, imágenes

y otros servicios.

Los costos totales de todos los servicios que recibe por afecciones a largo plazo o procedimientos complicados se estiman en el sitio web de FAIR Health como Costo total del tratamiento de FH.

Para procedimientos complicados, el período de costos totales se extiende desde el momento en que comienzan sus síntomas hasta que finalizan todos sus tratamientos. Para enfermedades crónicas, los costos totales son los de los servicios típicos para la enfermedad en el transcurso de un año. Los costos de los diversos servicios que necesita pueden sumarse, por lo que es una buena idea obtener una estimación del costo total de todos los servicios. (Algunos escenarios de costo total de tratamiento de FH son para afecciones agudas, que desaparecen relativamente rápido, como COVID-19 con hospitalización).

Costo compartido: sepa lo que puede deber

Costos fuera de la red/sin seguro y dentro de la red

La página de resultados para el procedimiento o condición que elija le mostrará dos resultados principales: fuera de la red/

Precios sin seguro y dentro de la red.

El precio fuera de la red/sin seguro es una estimación de cuánto tendrá que pagar si no tiene seguro médico. También es lo que podría tener que pagar (o una parte de lo que podría tener que pagar) si tiene seguro pero los médicos, hospitales u otros proveedores que lo atienden no aceptan su seguro. Algunos planes pagarán algo por dicha atención, lo que se denomina "fuera de la red", pero otros no. Consulte los documentos de su plan o llame a su representante de servicios para miembros para conocer los beneficios fuera de la red, si los hubiera, asociados con su plan.

Los proveedores fuera de la red no tienen una tarifa contratada con su plan de salud. Entonces probablemente pagará más si vas a ellos. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que prefiere acudir a un proveedor fuera de la red. Si tu o un ser querido se enfrenta a una enfermedad grave, es posible que desee más opciones de las que puede obtener en su red. Incluso podrías salir de la red por accidente. Eso puede pasar

si recibe atención de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red.

El precio dentro de la red es una estimación de cuáles serán los costos totales del tratamiento si tiene seguro médico.

Eso incluye tanto la parte del costo de su aseguradora como su parte. Los proveedores dentro de la red son médicos, hospitales y otros proveedores que han acordado aceptar la tarifa contratada de su plan de seguro por sus servicios.

Su parte del costo está determinada por los términos y condiciones de su plan de salud. Puede ser en forma de copago, coseguro o deducible. Los copagos son un monto fijo por un servicio, por ejemplo, \$20 por visita a un médico de atención primaria. El coseguro es un porcentaje del costo, como el 15 por ciento del precio dentro de la red. Un deducible es una cantidad fija que usted debe pagar cada año antes de que su plan comience a pagar su atención.

¿Qué servicios están incluidos en

¿Costo total del tratamiento de FH?

La página de resultados para cada condición o procedimiento también le mostrará los servicios que componen su costo total de tratamiento de FH. Estos servicios se dividen en categorías, como anestesia, visitas al médico, pruebas de laboratorio y cirugía.

¿Cómo puedo utilizar mi estimación del costo total del tratamiento de FH?

Si tiene seguro médico, obtener una estimación del costo total del tratamiento le ayudará a presupuestar y planificar los costos. Es especialmente importante obtener un presupuesto si tiene un plan de salud con deducible alto. Se trata de un plan que no pagará su atención hasta que haya pagado una cantidad elevada. Incluso si utiliza médicos dentro de la red, querrá saber los costos dentro de la red, porque tendrá que pagar los costos en su totalidad hasta que pague el deducible.

Si está considerando utilizar servicios fuera de la red, una estimación le ayudará a comprender la diferencia entre su parte de los costos dentro y fuera de la red. Si decide salir de la red, el presupuesto le ayudará a negociar un precio con los proveedores fuera de la red. Si no tiene seguro, tener un presupuesto le ayudará a negociar un precio con cualquier proveedor de atención médica por sus servicios y también le permitirá comprender los posibles beneficios de la cobertura.

Conceptos básicos del seguro Costo total del tratamiento FH® (continuación)

Por qué la estimación podría ser diferente del monto facturado

Tenga en cuenta que el monto real que se le puede pedir que pague puede ser diferente del cálculo que obtuvo con la herramienta de búsqueda de costos de FH.

Esto puede suceder por varias razones. Basamos nuestras estimaciones en la atención a

pacientes que no tienen complicaciones ni factores de riesgo adicionales. Si tiene alguna afección subyacente u otros factores de riesgo, o si aparecen complicaciones durante el curso del tratamiento, es posible que deba pagar más que el estimado.

También puede haber otras razones para las diferencias. Por ejemplo, diferentes proveedores pueden optar por tratar su afección de diferentes maneras. cargos individuales por los servicios y procedimientos que realizan pueden variar también.

Su plan de acción: estimación del total Costos de tratamiento

Al elegir un plan de salud a través de su empleador, el mercado o una aseguradora privada, recuerde:

- Las enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, y los procedimientos complicados, como el reemplazo de rodilla, requieren múltiples servicios. Juntos, estos servicios pueden resultar costosos.
- Utilice la herramienta de búsqueda de costos médicos de FAIR Health (fairhealthconsumer.org/medical) para obtener una estimación de estos costos.
- Si tiene seguro médico, puede utilizar el presupuesto para presupuestar los gastos. Es especialmente importante obtener un presupuesto si tiene un plan de salud con deducible alto, porque tendrá que pagar los costos totales de la atención hasta alcanzar el deducible.
- Si no tiene seguro o planea utilizar proveedores fuera de la red, puede utilizar la estimación para ayudarle a negociar las tarifas con sus proveedores.

Conceptos básicos de seguros

Ayuda para cuidadores

¿Está usted cuidando a largo plazo a un familiar o amigo enfermo o discapacitado? Si es así, es posible que a veces sentirse solo y abrumado. Afortunadamente, hay recursos disponibles:

Conexión con otros cuidadores

¿Sintiéndose aislado? Hablar con alguien podría ayudar.

Podrías hablar con un amigo, un familiar, un terapeuta o un miembro del clero. A veces, la mejor persona con quien hablar puede ser otro cuidador.

Hay muchos grupos de apoyo en persona y en línea a los que puede unirse. Los grupos de apoyo pueden brindarle consejos prácticos o simplemente permitirle conectarse con otras personas que enfrentan los mismos desafíos.

Para encontrar grupos en persona o en línea, llame a su Agencia del Área para el Envejecimiento (AAA) local. Esa agencia apoya a los adultos mayores y a sus cuidadores. La información de contacto de su AAA local está disponible en Eldercare.acl.gov. Su AAA local también puede ayudarlo a encontrar clases e información sobre cómo brindar atención mientras se mantiene saludable.

También puede llamar a la Línea de apoyo a la prestación de cuidados de AARP (877-333-5885) o visitar agingcare.com para obtener una lista de grupos de apoyo.

Recibir un pago por brindar cuidados

Muchos cuidadores renuncian a sus trabajos de tiempo completo o reducen su trabajo para cuidar a un miembro de la familia. Es comprensible que deseen recibir una compensación por su trabajo como cuidadores.

Medicare paga algunos cuidados de enfermería, pero no las tareas cotidianas como ayudar a su ser querido a bañarse o comer. Algunas opciones que podrías explorar son:

Seguro de enfermedad

Si la persona a su cuidado tiene fondos limitados, es posible que califique para Medicaid. Medicaid es un programa de seguro médico público para personas de bajos ingresos. En algunos estados, Medicaid le pagará a la persona que necesita atención para que contrate a un cuidador, y ese cuidador puede ser usted. Estos programas utilizan varios nombres, como Cash & Counseling o programa "dirigido por los participantes".

Las reglas son diferentes para cada estado. Para obtener más información, comuníquese con su AAA o su oficina local de Medicaid. O tratar el Centro Nacional de Recursos para Servicios Dirigidos por los Participantes (NRCPS) (caregiver.org/resource/national-resource-center-participant-directed-services).

Ayuda para veteranos

Varios programas pueden ayudar a los veteranos a pagar a sus cuidadores. Por ejemplo, los cuidadores principales de veteranos discapacitados después del 11 de septiembre pueden recibir un estipendio mensual. Las personas que cuidan a veteranos de otras guerras pueden calificar para el programa Veterans Prestación de Ayuda de Administración y Pensión de Asistencia.

Para obtener más información, llame al servicio de asistencia para cuidadores de VA. Línea al 855-260-3274.

Seguro de cuidados a largo plazo

Si su ser querido tiene un seguro de atención a largo plazo, la póliza puede pagar la ayuda a domicilio. Consulte la política para obtener más detalles.

Reclame a su ser querido como dependiente

¿Está pagando más del 50 por ciento de los gastos de su familiar? Si es así, es posible que pueda reclamarlo como dependiente en sus impuestos. Eso le daría una reducción de impuestos. Hable con su contador o preparador de impuestos para ver si califica.

Pídale a su ser querido que le pague

Si su familiar o amigo quiere pagarle por la atención, es importante comprender lo que esto significa. En primer lugar, otros miembros de la familia pueden oponerse al acuerdo. En segundo lugar, una serie de obsequios en efectivo podrían afectar sus impuestos. Y, si su ser querido luego necesita ser atendido en un asilo de ancianos, las donaciones en efectivo pueden afectar si Medicaid lo pagará.

Tiene sentido contar con un acuerdo formal.

Hable con un abogado sobre cómo los pagos o obsequios podrían afectar a usted y a su ser querido. Pídale a un abogado que prepare un contrato de cuidador, con detalles sobre la atención que brinda y el monto del pago. Recuerde, la persona a la que se le paga tendrá que declarar los ingresos en sus impuestos, y el destinatario del cuidado deberá declarar el costo en sus impuestos. Su contador puede ayudarlo con estos detalles. El monto pagado debe ser similar al costo de los servicios profesionales de atención domiciliaria. De esa manera, si un ser querido necesita ser atendido más adelante en un asilo de ancianos, es posible que Medicaid pueda cubrir esos costos.

Ayuda básica sobre seguros para cuidadores (continuación)

Tomarse un descanso del cuidado

Los cuidadores pueden calificar para recibir atención de relevo gratuita o de bajo costo.

El cuidado de relevo significa que otra persona se hace cargo temporalmente del cuidado y le brinda un descanso. Su ser querido puede quedarse en un asilo de ancianos durante unos días o hacer que un trabajador de atención domiciliaria vaya a su casa.

El cuidado de relevo puede ser por un período corto, por lo que puede ir al supermercado o a su propia cita con el médico.

O puede que sea más largo, lo que le permitirá tomarse unas vacaciones.

Existen recursos que pueden ayudar a pagar los cuidados de relevo, incluidos programas públicos como Medicare y Medicaid.

Su AAA local es un buen lugar para buscar atención de relevo y recursos para pagar dicha atención. También puede encontrar proveedores locales de atención de relevo en la Red Nacional de Relevo y el Centro de Recursos de Acceso a Atención y Ayuda de Relevo (ARCH) en archrespite.org.

Encontrar ayuda profesional en casa

Si necesita algo más que un simple descanso, puede contratar ayuda a tiempo parcial o completo. Un trabajador de atención domiciliaria profesional puede ayudar con las tareas diarias como bañarse, comer y vestirse.

Algunos trabajadores de atención domiciliaria también brindan atención médica básica.

Family Caregiver Alliance ofrece consejos sobre el proceso de contratación. Puede encontrar una guía útil en caregiver.org/recurso/contratacion-ayuda-a-domicilio. También puede ayudarlo a decidir entre utilizar una agencia de atención domiciliaria o contratar a un trabajador de atención domiciliaria por su cuenta. Un buen lugar para empezar a buscar un trabajador de atención domiciliaria es su AAA local.

Es posible que desee ayuda para pagar a un trabajador de atención domiciliaria. Si es así, puede probar las mismas estrategias que se enumeran en "Recibir un pago por brindar cuidados". Pero, por lo general, tendrá que pagar directamente los servicios de atención domiciliaria.

Encontrar residencias de ancianos y asistencia

Instalaciones habitables

En última instancia, usted y su ser querido pueden descubrir que no es seguro para él vivir en casa. Hay dos opciones para cuidados a largo plazo:

Instalaciones de vida asistida: están diseñadas para personas que tienen dificultades para vivir solas pero que en general están sanas y no necesitan cuidados de enfermería diarios.

Hogares de ancianos (centros de enfermería especializada): son para personas que necesitan atención de enfermería diaria, así como ayuda con las tareas diarias.

Para encontrar un centro de vida asistida o un hogar de ancianos, intente preguntar:

- Su AAA local
- Un médico de confianza
- El trabajador social o administrador de casos del hospital de su ser querido
- También puede utilizar la Comparación de hogares de ancianos de Medicare sitio web para ver los puntajes de calidad de las instalaciones cercanas a usted. (medicare.gov/care-compare)

Pagar por un hogar de ancianos

Medicare pagará un centro de enfermería especializada por hasta 100 días bajo ciertas condiciones. La atención debe estar relacionada con una estancia hospitalaria reciente de tres días o más.

Medicare no pagará la atención a largo plazo en un asilo de ancianos. Si su ser querido tiene un seguro de atención a largo plazo, ese puede cubrir la vida asistida o la atención en un hogar de ancianos.

De lo contrario, la atención a largo plazo puede resultar muy costosa. Si él o ella no puede pagar la atención, Medicaid puede pagar la atención en un asilo de ancianos. De lo contrario, su ser querido probablemente tendrá que pagar de su bolsillo la atención en un asilo de ancianos hasta que "gaste" suficientes ahorros para ser elegible para la cobertura de Medicaid. Puede resultar útil hablar con un abogado o asistente social sobre estas opciones.

Su plan de acción: obtener ayuda como cuidador

Para ayudarlo a cuidar de su ser querido y de usted mismo:

- Conozca su AAA local, que puede encontrar en Eldercare.acl.gov. Pueden guiarlo sobre grupos de apoyo, recursos educativos y de capacitación, cuidados de relevo y más.
- Únase a grupos de apoyo para cuidadores, ya sea en persona o en línea, para compartir experiencias y sentirse menos solo.
- Intente que le paguen por sus servicios como cuidador.
- Utilice el cuidado de relevo para tomar un descanso del cuidado.
- Contrate a un trabajador de atención domiciliaria si es necesario.
- Considere un centro de vida asistida o un asilo de ancianos si esa es la mejor manera de cuidar a su ser querido.

Conceptos básicos de seguros

Cobertura dental para jubilados

Recibir atención dental es al menos tan importante cuando eres mayor como cuando eres más joven, y tal vez más. Los problemas dentales pasados pueden requerir tratamiento adicional con el tiempo, como cuando un empaste se rompe o se astilla. Los riesgos de pérdida de dientes como resultado de caries y enfermedades de las encías aumentan con la edad, debido a muchos factores. Por ejemplo, es posible que tenga una producción reducida de saliva (boca seca) debido a los medicamentos que toma para tratar afecciones médicas. Y las enfermedades crónicas como la diabetes pueden aumentar el riesgo de enfermedad de las encías. Los límites cognitivos o físicos pueden dificultar el cepillado rutinario y el uso de hilo dental, lo que puede obstaculizar el mantenimiento de los dientes sanos.

El seguro dental puede ayudarle a garantizar que pueda pagar la atención dental que necesita a medida que envejece. Si estás trabajando,

Puede obtener cobertura dental a través de su empleador. Pero, una vez que se jubile, es posible que obtener cobertura dental no sea tan fácil.

A partir de los 65 años, los estadounidenses pueden obtener seguro médico de Medicare, un programa del gobierno federal. Dado que la mayoría de las personas se jubilan alrededor de esa edad, a menudo se piensa que Medicare es un seguro médico para jubilados. (En realidad, algunas personas con Medicare siguen trabajando y Medicare también cubre a las personas discapacitadas y a las personas con enfermedad renal terminal). Pero, excepto como se describe a continuación, Medicare no cubre la mayoría de los servicios dentales. Entonces, si los jubilados quieren un seguro dental, tienen que buscar en otra parte.

Algunos jubilados tienen seguro dental a través de un empleador anterior (cobertura dental para jubilados pagada por el empleador o un fondo de empleados), aunque esto no es común.

Y sólo hace relativamente poco tiempo que existían opciones para que los estadounidenses mayores obtuvieran cobertura dental como individuos.

Atención dental cubierta por Medicare

Medicare cubre la atención dental sólo cuando se considera médicamente necesaria. Los ejemplos incluyen extraer dientes después de una lesión o tratar fracturas de mandíbula. La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) cubre servicios dentales limitados si los recibe en un hospital y si son necesarios para ayudar a realizar un procedimiento o servicio médico no dental cubierto. Un ejemplo es si le extirpan un tumor facial y le realizan una reconstrucción de la cresta dental de la mandíbula como parte de ese procedimiento.

Sin embargo, Medicare no cubre la atención dental de rutina, como limpiezas, empastes, endodoncias, implantes o dentaduras postizas.

Medicare tampoco cubre el tratamiento de seguimiento de los servicios cubiertos por necesidad médica. Por ejemplo, Medicare cubrirá la extracción de dientes como preparación para la radioterapia, pero no pagará ninguno de los costos de reemplazo de los dientes extraídos. Si Medicare pagó por la extracción de un diente como parte de una cirugía para reparar un tratamiento facial

lesión que sufrió en un accidente automovilístico, no pagará ningún otro cuidado dental que pueda necesitar más adelante porque le extrajeron el diente.

Cobertura dental a través de Medicare Advantage

Los planes Medicare Advantage, también conocidos como Medicare Parte C, le permiten obtener sus beneficios de Medicare a través de una aseguradora de salud privada. Los planes Medicare Advantage a menudo cobran una prima además de la prima de la Parte B de Medicare. También pueden tener otros costos y límites.

Sin embargo, pueden ofrecerle algunas ventajas, según sus circunstancias.

Por ejemplo, algunos planes Medicare Advantage cubren la atención dental de rutina. Si está buscando un plan Medicare Advantage, busque uno que lo haga. Si ya tiene uno, verifique qué servicios dentales pueden estar cubiertos.

Planes dentales individuales

Un plan individual recibe su nombre porque usted compra como individuo, no como miembro de un grupo.

Pero estos planes ofrecen cobertura para los miembros de su familia, así como a ti mismo.

Los planes dentales individuales están disponibles a través de varias fuentes. En algunos casos, puedes comprar uno directamente de una compañía de seguros. La compañía de seguros puede ofrecerle un plan dental cuando se jubile de su empleador u ofrecerle un plan como jubilado individual, independientemente de dónde estuvo empleado. Los corredores o agentes también pueden ofrecer planes individuales para jubilados. También es posible que pueda comprar un plan dental individual de una asociación de la que sea miembro. Por ejemplo, si es miembro de AARP, puede comprar cobertura dental a través de AARP.

Es posible que pueda comprar un plan dental en los mercados (intercambios) de seguros médicos creados por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Su estado puede tener su propio mercado. De lo contrario, puede utilizar el mercado federal, Healthcare.gov. Algunos de los planes médicos en los mercados estatal y federal incluyen beneficios dentales para adultos. Algunos de los mercados estatales venden productos dentales independientes.

Conceptos básicos del seguro Cobertura dental para jubilados (continuación)

planes sin necesidad de comprar un plan médico. Si su estado tiene su propio mercado, el estado aparecerá aquí: [Healthcare.gov/marketplace-in-your-state](https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state).

Consulte con el mercado de su estado para obtener más detalles. Si su estado no tiene un mercado, es posible que pueda comprar planes dentales independientes a través del mercado federal. Sin embargo, para comprar uno allí, también debes contratar un plan médico.

No existen subsidios para ayudarlo a pagar planes dentales independientes en los intercambios federales o estatales.

Para obtener información general sobre planes dentales y cómo elegir uno, consulte la guía en línea de FAIR Health sobre planes dentales.

fairhealthconsumer.org/insurance-basics/dental/planes-dentales

Cobertura dental para veteranos y sus familias

¿Es usted un miembro del servicio retirado o un familiar de uno? Si es así, o si pertenece a otros grupos relacionados con el ejército, puede optar por inscribirse en el Programa dental para jubilados de TRICARE. Si se inscribe, pagará una prima mensual, que puede deducirse de su pago de jubilación. Los exámenes y limpiezas son gratuitos y la cobertura de accidentes dentales es del 100 por ciento. Para otros servicios cubiertos, usted paga un porcentaje y el plan paga el resto. Hay deducibles anuales (una cantidad que debe pagar antes de que el plan comience a pagar algo) y máximos anuales (lo máximo que pagará el plan por año). Para el cuidado de ortodoncia, existe un máximo de por vida.

Seguro de enfermedad

Medicaid es una asociación entre el gobierno federal y los estados.

Proporciona cobertura de atención médica gratuita o de bajo costo para estadounidenses de bajos ingresos, incluidos los ancianos. Los programas estatales de Medicaid no tienen que proporcionar beneficios dentales, pero pueden hacerlo.

Muchos estados ofrecen beneficios dentales, pero los detalles difieren de un estado a otro y de un año a otro.

Para obtener más información o solicitar cobertura de Medicaid, visite

[Healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip).

Planes de descuento dental

Los planes de descuento dental no son un seguro, sino una forma de obtener precios más bajos para toda la atención dental, incluida la atención dental de rutina. Por una tarifa anual, obtiene acceso a una red de dentistas que han acordado ofrecer tarifas con descuento a los miembros. Pagas la tarifa con descuento total por cada servicio.

El monto del ahorro (descuento) varía según el plan.

Más información sobre los costos de la atención dental

Ya sea que tenga seguro dental o un plan de descuento dental, puede obtener información sobre los costos de la atención dental. Utilice nuestra búsqueda de costos dentales FH® (fairhealthconsumer.org/dental) para encontrar costos estimados para procedimientos dentales específicos en su área. Esto puede ser útil si no tiene seguro o si visita a un dentista que no está en la red de su plan dental. Si su dentista le cobra más de lo estimado por FH, puede hablar con él o ella para reducir los precios o buscar un dentista diferente.

También puede utilizar los costos estimados para presupuestar los procedimientos dentales que sabe que puede necesitar.

Su plan de acción: obtener un seguro dental

Si estás jubilado

- Si tiene un plan dental, lea los documentos de su plan, pregúntele a su empleador o llame a su plan para asegurarse de saber qué está cubierto;
- Busque un plan Medicare Advantage (también llamado Parte C Medicare) que incluye beneficios dentales;
- Busque un plan dental individual de un corredor, agente, compañía de seguros, una asociación como AARP o su mercado de seguros de salud estatal o federal;
- Considere el Programa Dental para Jubilados de TRICARE si es un miembro del servicio retirado o un familiar de uno;
- Considere Medicaid si sus ingresos son bajos y si su agencia estatal de Medicaid brinda beneficios dentales;
- Considere un plan de descuento dental, que le permitirá obtener precios más bajos para la atención dental aunque no sea un seguro; y
- Utilice la Búsqueda de costos dentales de FH para obtener información útil sobre los costos de atención dental.

Recursos

Para adultos mayores y familiares

Vivir con discapacidades y enfermedades crónicas y Condiciones de salud mental

Vivir con discapacidades

La Asociación ALS apoya la investigación sobre la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y ayuda a las personas con ELA a través de una red de capítulos. La asociación también coordina la atención multidisciplinaria.

(als.org)

La Brain Injury Association of America busca hacer mejorar la vida de las personas afectadas por lesiones cerebrales.

(biausa.org)

La Epilepsy Foundation ofrece servicios comunitarios, educación pública y capacitación en primeros auxilios para las convulsiones. La fundación apoya a los pacientes a nivel federal y de defensa. También financia nuevos tratamientos y terapias.

(epilepsia.com)

La Asociación de Distrofia Muscular busca mejorar la vida de las personas con distrofia muscular a través de la investigación, la atención y el apoyo.

(mda.org)

YAI (anteriormente Instituto para Jóvenes Adultos) ofrece servicios a personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo.

(yai.org)

Administration for Community Living ofrece una lista de apoyos para ayudar a los adultos mayores y a sus cuidadores a encontrar atención y servicios.

(acl.gov)

USAGov ofrece datos sobre servicios de apoyo y cómo encontrar ayuda para cubrir costos y beneficios por discapacidad.

(usa.gov)

Costos de atención médica

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ofrece una página web sobre la cobertura médica federal para adultos mayores y personas de bajos ingresos.

(hhs.gov)

El Centro de Defensa de Medicare ayuda a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a acceder a la cobertura de Medicare.

(medicareadvocacy.org)

El Centro de Derechos de Medicare ofrece información y asesoramiento sobre Medicare.

(medicarerights.org)

El Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA) busca ayudar a mejorar la vida de los adultos mayores. Su sitio web ofrece

herramientas para adultos mayores:

- Age Well Planner ofrece soporte, herramientas y experiencia ayuda. (ncoa.org)

- La Verificación de Beneficios lo conecta con los programas de beneficios en su área. (benefitscheckup.org)
- Eldercare Locator ofrece datos sobre cobertura de salud, servicios domiciliarios y comunitarios, vivienda y transporte. (eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx)
- NCOA también ofrece una sección para adultos mayores con artículos sobre muchos temas. (ncoa.org/older-adults)

Benefits.Gov es un recurso gubernamental que le ayudará a encontrar asistencia sanitaria, médica y financiera. (beneficios.gov)

Cobertura Dental

- Dental Lifeline Network ofrece atención dental y educación a personas de bajos ingresos, personas de 65 años o más y personas con discapacidades. (dentallifeline.org)

Recursos de salud mental y conductual

La Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales ofrece grupos de apoyo familiar dirigidos por pares, que brindan espacios seguros sin prejuicios y empoderan a las personas. (nami.org)

La Coalición Nacional sobre Salud Mental y Envejecimiento (NCMHA) ofrece datos sobre la salud mental y el envejecimiento. (ncmha.org)

El sitio web del Instituto Nacional de Salud Mental Tiene una sección sobre salud mental para adultos mayores. (nimh.nih.gov/health/topics/older-adults-and-mental-health)

Servicios de salud mental y abuso de sustancias

(SAMSHA) ofrece datos, conjuntos de herramientas y recursos sobre servicios de salud mental para adultos mayores, cuidadores/compañeros de cuidado y médicos. (samhsa.gov)

Servicios y apoyo de cuidado

Mental Health America busca ayudar a las personas que viven con enfermedades mentales y apoya la salud mental general para todos. Ofrece información sobre los conceptos básicos del cuidado, cómo afrontar el estrés del cuidador, planificación de crisis y más. (mhanational.org)

Recursos para adultos mayores y familiares (continuación)

Caregiver Action Network ofrece una Caja de herramientas para cuidadores familiares para ayudar a los cuidadores a lidiar con la depresión, encontrar cuidados de relevo y gestionar diferentes aspectos del cuidado. También ofrece educación, apoyo de pares y recursos a los cuidadores familiares de adultos con afecciones crónicas, discapacidades, enfermedades y afecciones [relacionadas con la edad.](#) ([caregiveraction.org](#))

Family Caregiver Alliance ofrece diferentes servicios, programas educativos y apoyo a cuidadores de adultos con discapacidades físicas y cognitivas, como la enfermedad de Parkinson, derrames cerebrales, Alzheimer y otros tipos de demencia. ([cuidador.org](#))

Community Resource Finder es un recurso creado por AARP (anteriormente Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas) y la Asociación de Alzheimer. Enumera recursos para el Alzheimer y la demencia, programas comunitarios, servicios médicos y opciones de atención a largo plazo en su área. ([communityresourcefinder.org](#))

La sección Family Caregiving del sitio web de AARP ofrece datos y recursos que pueden ayudar a los cuidadores a utilizar el sistema de atención médica. ([aarp.org/caregiving/local/info-2019/national-resources-for-caregivers.html](#))

El Programa Nacional de Apoyo a Cuidadores Familiares es ofrecido por la Administración para la Vida Comunitaria. Otorga subvenciones a estados y territorios para financiar apoyos que ayuden a familiares y cuidadores informales a cuidar a los adultos mayores en sus hogares durante el mayor tiempo posible. ([acl.gov/programas/apoyo-cuidadores/programa-nacional-de-apoyo-cuidador-familiar](#))

Eldercare Workforce Alliance ofrece información y recursos para cuidadores y adultos mayores para ayudarlos a localizar proveedores con capacitación en gerontología y geriatría y otros servicios. ([eldercareworkforce.org](#))

Acerca de la salud justa

FAIR Health es una organización nacional independiente sin fines de lucro dedicada a la transparencia de los costos de atención médica. Ofrecemos herramientas de consumo nacionales y gratuitas para ayudarle a comprender y Planifique su atención médica en áreas tales como costos médicos y dentales, seguros, cobertura y toma de decisiones compartida.

Con una generosa financiación de la Fundación John A. Hartford, FAIR Health creó FAIR Health para adultos mayores (FAIRHealthOlderAdults.org) un recurso gratuito en línea diseñado para proporcionar a los adultos mayores y su red de apoyo herramientas y recursos para ayudar a navegar el sistema de salud.

Visite FAIRHealthOlderAdults.org

Si tiene alguna pregunta sobre FAIR Health para adultos mayores, comuníquese con nuestro cliente equipo de servicio: 855-566-5871, de lunes a viernes, de 9 am a 6 pm, hora del Este, o envíenos un correo electrónico a consumer@fairhealth.org.