



CURE SMA

देखभाल के लिए विकल्प और कनेक्शन

रीढ़ की हड्डी के पेशीय अपकर्ष (SMA) वाले लोगों और उनके देखभाल करने वालों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा रोडमैप



Make today a
breakthrough.

परिचय

SMA वाले किसी प्रियजन की देखभाल करते समय या जब किसी नए SMA निदान का सामना करना पड़ता है, तो आगे के निर्णय भारी लग सकते हैं--खासकर स्वास्थ्य बीमा को नेविगेट करते और आपकी स्वास्थ्य देखभाल लागत का अनुमान लगाते समय। उपलब्ध संसाधनों और उन्हें कैसे नेविगेट करना है, इसके बारे में अधिक सीखना यह सुनिश्चित करने की दिशा में एक आधारभूत पहला कदम है कि आपके पास अपनी स्थिति के लिए सबसे प्रभावी, उपयुक्त और संपूर्ण देखभाल है।



यह टूलकिट आपके स्वास्थ्य कवरेज को अधिकतम करने और यह सुनिश्चित करने में मदद करने के लिए कि यह आपके परिवार की ज़रूरतों को पूरा करता है डिज़ाइन किया गया है। यह इसका एक संक्षिप्त विवरण प्रदान करता है:

- उपलब्ध विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य बीमा।
- विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य कवरेज और संबंधित शब्दों को समझने में आपकी मदद करने के लिए संसाधन।
- SMA से प्रभावित परिवारों के लिए बीमा पात्रता प्रोफाइल।
- कवरेज कैसे कार्य करता है और बीमा क्या कवर कर सकता है।
- अनुमानित लागत की गणना कैसे करें।
- पारंपरिक स्वास्थ्य बीमा प्लानों द्वारा कवर नहीं की गई लागतों को कवर करने के लिए मदद कैसे प्राप्त की जाए।
- बीमा विकल्पों और नए उपचारों के बारे में बीमाकर्ताओं से कैसे बात की जाए।



इस बुकलेट में प्रयुक्त कई शब्द पृष्ठ 12 से आरंभ होने वाली शब्दावली में परिभाषित किए गए हैं। शब्दावली में परिभाषित शब्द पाठ में पहली बार आने पर बोल्ड किए गए हैं।



स्वास्थ्य बीमा एक नज़र में

वर्तमान कानून अमेरिका वासियों को स्वास्थ्य बीमा खरीदने के लिए प्रोत्साहित करता है। स्वास्थ्य बीमा होना आपके परिवार को ऊंचे मेडिकल बिलों से रक्षा करने और दंड से बचने का सबसे अच्छा तरीका है।

संयुक्त राज्य अमेरिका में दो बड़े प्रकार के स्वास्थ्य बीमा हैं:

- **निजी स्वास्थ्य बीमा (वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा के रूप में भी जाना जाता है)**, जो निजी रूप से खरीदा हुआ कोई बीमा प्लान होता है; निजी स्वास्थ्य बीमा अक्सर किसी नियोक्ता के माध्यम से उपलब्ध होता है।
- **सरकार-वित्तपोषित स्वास्थ्य बीमा**, जिसका मतलब है सरकारी कार्यक्रमों के माध्यम से प्रदान किए गए बीमा लाभ जैसे **Social Security, Medicare, Medicaid**, या **Children's Health Insurance Program (CHIP)**.

MEDICARE? MEDICAID?

अंतर क्या है?

Medicare संघीय सरकार का एक कार्यक्रम है जो 65 वर्ष से अधिक उम्र के व्यक्तियों और कुछ विकलांग लोगों के लिए कवरेज प्रदान करता है।

Medicaid और बच्चों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP)

राज्य प्रशासित कार्यक्रम हैं जो कम आय वाले व्यक्तियों और विकलांग बच्चों और विशेष जरूरतों के लिए कवरेज प्रदान करते हैं।

सरकार द्वारा वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा के बारे में और जानने के लिए, और अपनी पात्रता निर्धारित करने के लिए, [CMS.gov](https://www.cms.gov) पर जाएँ।



निजी स्वास्थ्य बीमा के बारे में

- कई प्रकार के निजी स्वास्थ्य बीमा प्लान हैं, जिन्हें वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा के रूप में भी जाना जाता है। प्रत्येक बीमा प्लान अद्वितीय होता है और कवरेज के अलग स्तर प्रदान करता है। आपका बीमा **प्रीमियम, जेब से-खर्च, नेटवर्क से बाहर उपलब्ध प्रदाताओं** और अन्य मदों में अलग होगा। आपका बीमा प्लान क्या कवर करता है इसके बारे में अधिक जानने के लिए अपने बीमाकर्ता को कॉल करें।



सरकार द्वारा वित्त-पोषित बीमा के बारे में

कई लोग संघीय या राज्य सरकारों द्वारा वित्तपोषित स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करते हैं जिनमें शामिल हैं:

- Medicaid
- Medicare
- CHIP
- **TRICARE** (अमेरिकी रक्षा मंत्रालय के माध्यम से)
- **VA Care** (अमेरिकी बुजुर्गों के मामले विभाग के माध्यम से)

आप और आपके परिवार के लिए सही स्वास्थ्य कवरेज निर्धारित करना महत्वपूर्ण है। यदि आपको या आपके घर में किसी को SMA है, तो आपको आप कहां रहते हैं और आपकी आय/संसाधन पात्रता के आधार पर चुनने के लिए आपके पास एक से अधिक बीमा प्लान होते हैं।

आपके और आपके परिवार के लिए सबसे अच्छा काम करने वाला बीमा प्लान खोजने के लिए, पूछने और उत्तर देने के लिए कुछ पहले प्रश्न हैं:

- क्या मैं या मेरे प्रियजन सरकारी बीमा के लिए पात्र हैं?
- *(यदि नियोजित)* मेरे नियोक्ता के माध्यम से कौनसा बीमा प्रदान किया जाता है?
- *(यदि विवाहित)* क्या मेरा या मेरी/मेरे पत्नी/पति का बीमा मेरे परिवार के लिए बेहतर विकल्प है?



सरकार द्वारा वित्तपोषित स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना

किसी SMA निदान के समय आप और आपके परिवार के पास पहले से निजी स्वास्थ्य बीमा हो सकता है। हालांकि, आप अपने निजी स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर नहीं किए गए खर्चों के भुगतान में सहायता के लिए सरकारी कार्यक्रमों के लिए भी पात्र हो सकते हैं।

सरकारी सहायता के लिए पात्र बनने में पहला कदम अमेरिकी सामाजिक सुरक्षा प्रशासन द्वारा SMA निदान के आधिकारिक सत्यापन की प्राप्ति है। अधिकतर राज्यों में, यदि SMA वाला कोई व्यक्ति **पूरक सुरक्षा आय (SSI)** लाभों के लिए पात्र है, तो वह स्वतः ही Medicaid के लिए पात्र होगा/होगी।



SSI लाभों के लिए आवेदन करने हेतु

यदि आपके बच्चे को SMA है, तो ssa.gov/disability/disability_starter_kits_child_eng.htm पर सामाजिक सुरक्षा बाल विकलांगता स्टार्टर किट की समीक्षा करें। यह किट बच्चों के लिए SSI लाभों के लिए आवेदन करने के बारे में सामान्य प्रश्नों का उत्तर देती है और इसमें एक वर्कशीट शामिल है जो आपको आवश्यक जानकारी एकत्र करने में मदद करेगी।

1. यह पता लगाने के लिए कि आपकी आय और संसाधन उपयुक्त पात्रता सीमा के भीतर हैं या नहीं और SSI आवेदन प्रक्रिया शुरू करने के लिए तुरंत सामाजिक सुरक्षा से संपर्क करें। आप टोल-फ्री 800.772.1213 पर कॉल कर सकते हैं।
2. ऑनलाइन बाल विकलांगता रिपोर्ट को ssa.gov/childdisabilityreport पर भरें। रिपोर्ट के अंत में, Social Security आपसे एक फॉर्म पर हस्ताक्षर करने को कहेगी जो आपके बच्चे के निदान के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए बच्चे के **प्राथमिक देखभाल प्रदाता(ओं)** की अनुमति देता है। इससे वे आपके दावे पर निर्णय ले सकेंगे।

अपनी **पात्रता** के बारे में अधिक जानने के लिए socialsecurity.gov पर जाएं या टोल-फ्री 800.772.1213 पर या सामाजिक सुरक्षा TTY नंबर 800.325.0778 पर कॉल करें। आप यहां भी जा सकते हैं ssa.gov/ssi/text-child-ussi.htm।



पूरक सुरक्षा आय (SSI)

SSI उन लोगों को मासिक भुगतान करता है जिनके पास सीमित आय (प्राप्त धन) और संसाधन (स्वामित्व वाली वस्तुएं/संपत्ति) हैं, और जो हैं:

- आयु 65 या अधिक
- दृष्टिहीन या
- विकलांग

आय में वह धन शामिल होता है जो आपको नियोक्ता से मजदूरी, सामाजिक सुरक्षा लाभ, या पेंशन भुगतान के रूप में प्राप्त होता है। आय में भोजन और आश्रय जैसी चीजें भी शामिल होती हैं। आप हर महीने कितनी आय प्राप्त कर सकते हैं और फिर भी SSI के लिए पात्र हो सकते हैं, यह आंशिक रूप से इस बात पर निर्भर करता है कि आप कहाँ रहते हैं।

अपने राज्य में आय सीमा का पता लगाने के लिए सामाजिक सुरक्षा को 800.772.1213 पर कॉल करें। SSI के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने में प्रयुक्त संसाधनों में रियल एस्टेट, बैंक खाते, नकद, स्टॉक और बॉन्ड शामिल होते हैं। यदि आपके संसाधनों की कीमत \$2,000 या कम है या—यदि आप एक युगल हैं—\$3,000 या कम है, तो आप SSI प्राप्त करने में समर्थ हो सकते हैं। SSI पात्रता आवश्यकताओं और लाभों के बारे में अधिक जानने के लिए, यहां जाएं [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).

ध्यान दें: यदि आप SSDI (सामाजिक सुरक्षा विकलांगता बीमा) प्राप्त करते हैं, तो आप दो साल बाद इनपेशेंट और आउट पेशेंट अस्पताल के बिल और अन्य चिकित्सा सेवाओं के लिए Medicare में स्वचालित रूप से नामांकित हो जाएंगे।

यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है, भले ही आप सामाजिक सुरक्षा लाभों के लिए योग्य नहीं हैं, आप Medicaid जैसी अन्य सरकारी सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं। (अगला पृष्ठ देखें)

आय में क्या शामिल होता है?

सामाजिक सुरक्षा आपके SSI भुगतान की गणना करने के लिए विभिन्न प्रकार की आय का उपयोग करती है और यह निर्धारित करती है कि आप SSI संसाधन सीमा को पूरा करते हैं या नहीं।

अर्जित आय मजदूरी, वेतन, टिप्स और अन्य कर योग्य कर्मचारी वेतन; संघ हड़ताल लाभ; न्यूनतम सेवानिवृत्ति की आय से पहले प्राप्त दीर्घकालिक विकलांगता लाभ; और स्वरोजगार से शुद्ध आय है।

गैर-अर्जित आय कार्य के अलावा अन्य स्रोतों से व्युत्पन्न होती है। इसमें संपत्ति के स्वामित्व (संपत्ति आय के रूप में जाना जाता है), विरासत, पेंशन, निवेश, ब्याज और लोक कल्याण से प्राप्त भुगतान शामिल हैं।

सद्भाव आय (सद्भाव में आय) पैसे के अलावा अन्य आय है। इसमें कई कर्मचारी लाभ और सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली वस्तुएं और सेवाएं शामिल हैं, जैसे टोल-फ्री सड़कें, भोजन टिकट, पब्लिक स्कूलिंग, या सामाजिक दवा।

डोड इनकम आपके अपात्र पति या पत्नी की आय और संसाधनों का वह हिस्सा है जो आपकी मानी जाती है, अगर आप शादीशुदा हैं।

MEDICAID

Medicaid राज्य और संघीय कोष दोनों से वित्तपोषित एक राज्य-संचालित कार्यक्रम है। Medicaid सीमित आय और संसाधनों वाले व्यक्तियों, विकलांग लोगों और गर्भवती महिलाओं को कम लागत पर, कभी-कभी मुफ्त, स्वास्थ्य कवरेज प्रदान करता है। उन परिवारों के लिए जिनका कोई प्रियजन SMA के साथ रहता है, Medicaid लाभों में आपके राज्य में कार्यक्रम द्वारा कवर किए गए विशिष्ट लाभों और सेवाओं के आधार पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की मुलाकातें, चिकित्सा परीक्षण, अस्पताल में मुलाकातें, और यात्राओं, उपकरणों और अन्य सेवाओं के लिए परिवहन शामिल हो सकते हैं।

यहां तक कि अगर आपकी आय पारंपरिक पात्रता आय स्तरों से अधिक है, तो आप Medicaid विस्तार के तहत, या "कम-व्यय" नियमों के माध्यम से Medicaid के लिए अर्हता प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं। कुछ राज्यों ने संघीय गरीबी स्तर के 133% से कम घरेलू आय वाले निवासियों को शामिल करने के लिए Medicaid कवरेज का विस्तार किया है। यह पता लगाने के लिए कि क्या आप अकेले आय के आधार पर पात्र हैं, यहां जाएं [healthcare.gov/lower-costs/](https://www.healthcare.gov/lower-costs/)। "कम-व्यय" नियमों के तहत, आप Medicaid के लिए पात्र बनने के लिए आप अपनी आय से अपने चिकित्सा व्यय को घटा सकते हैं। [medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic](https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic) पर जा कर पता लगाएं कि क्या आप पात्र हैं।

इसके अलावा, धारा 1619बी के माध्यम से एक निर्दिष्ट आय सीमा तक, स्वास्थ्य बीमा के लिए आय प्राप्त करना और SSI पात्रता और Medicaid लाभ दोनों को बनाए रखना संभव है। यदि आप SSI के लिए पात्र हैं, आपके पास अपने स्वास्थ्य बीमा के लिए Medicaid है और आप कार्यरत हैं, तो 1619बी आपको Medicaid कम-व्यय के बिना काम करने और Medicaid कवरेज रखने की अनुमति देता है। आप Medicaid कवरेज के लिए पात्र बने रह सकते हैं जब तक कि आपकी सकल वार्षिक आय एक निश्चित राशि तक नहीं पहुंच जाती (आय सीमा हर राज्य में सालाना भिन्न होती है)। इस कार्य प्रोत्साहन के अपवाद हैं यदि आपको अब Medicaid की आवश्यकता नहीं है, या यदि आप अपने राज्य की Medicaid संसाधन सीमा से अधिक जमा करते हैं।

धारा 1619(b) के बारे में अधिक जानने के लिए, यहां जाएं www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm।

[healthcare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs) पर जा कर देखें कि क्या आप Medicaid के लिए पात्रता की सीमा के भीतर आते हैं। भले ही केवल आय के आधार पर आप पात्र नहीं होते, यह सिफारिश की जाती है कि आप आवेदन करें

MEDICAID छूट कार्यक्रम

SMA और उनके प्रियजनों के साथ रहने वाले लोग केवल आय पर आधारित नहीं होने वाली अन्य Medicaid सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। Medicaid छूट अतिरिक्त सेवाएं प्रदान करने और लगभग Medicaid जितना कवरेज पाने में मदद कर सकती है ताकि आप या आपके प्रियजन अपने समुदाय में दीर्घकालिक देखभाल प्राप्त कर सकें।

सभी राज्यों में समान नियम और लाभ नहीं होते हैं। संघीय सरकार राज्यों को पारंपरिक Medicaid नियमों से छूट के लिए आवेदन करने की अनुमति देती है, ताकि वे अपने राज्य में कई नवीन विकल्पों की पेशकश कर सकें। अपने राज्य में उपलब्ध छूट के बारे में अधिक जानने के लिए, यहां जाएं [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov)। उसके बाद, Medicaid ड्रॉप डाउन के तहत, "धारा 1115 प्रदर्शन" अनुभाग के अधीन, "राज्य छूट" चुनें।

[Kidswaivers.org](https://www.kidswaivers.org) उपलब्ध Medicaid छूट के बारे में अधिक जानने के लिए एक और उपयोगी संसाधन है।

स्थानांतरण और Medicaid छूट

चूंकि Medicaid छूटें राज्य-आधारित हैं, ध्यान दें कि छूट सेवाएं अन्य राज्यों में स्थानांतरित नहीं होंगी और कई राज्यों में पहले से ही छूट सेवाओं के लिए प्रतीक्षा सूची में लोग हैं।

Medicaid और CHIP के लिए पात्रता

Medicaid और CHIP के लिए पात्रता एक राज्य से दूसरे राज्य में भिन्न होती है।

ध्यान दें आप केवल Medicaid या CHIP के लिए पात्र हो सकते हैं, दोनों के लिए नहीं। आप Medicaid या CHIP के लिए दो तरह से आवेदन कर सकते हैं:

- स्वास्थ्य बीमा बाजार के माध्यम से एक खाता बना कर कोई आवेदन प्रस्तुत करने के लिए यहां जाएं: [healthcare.gov/create-account](https://www.healthcare.gov/create-account)।
- अपने राज्य की Medicaid एजेंसी के माध्यम से: [healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip) पर अपने राज्य के लिए संपर्क जानकारी का पता लगाएं।

Medicaid या CHIP के लिए कोई सीमित नामांकन अवधि नहीं है। यदि आपका कोई प्रियजन पात्र होता है, तो कवरेज वर्ष के किसी भी समय तुरंत आरंभ हो सकता है।

ध्यान दें, कुछ राज्यों में, लाभ और पात्रता आवश्यकताओं के संदर्भ में Medicaid और CHIP के बीच कोई अंतर नहीं है। अन्य राज्यों में, CHIP Medicaid से अलग एक कार्यक्रम है, जिसमें बड़े बच्चे या राज्य की मेडिकेड पात्रता सीमा से ऊपर आय वाले परिवारों के बच्चे शामिल हैं।

[medicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html](https://www.medicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html) पर जा कर अपने राज्य में Medicaid और CHIP के बारे में अधिक जानें



MEDICARE

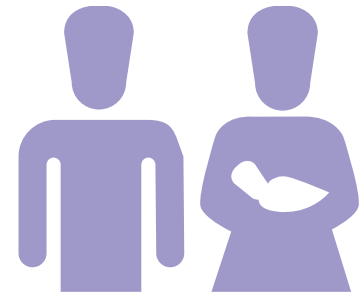
Medicare एक संघीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम है जो 65 वर्ष या उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों और 65 वर्ष से कम उम्र के उन लोगों के लिए कवरेज प्रदान करता है जिनके SMA जैसी कुछ अक्षमताएं हैं।

यह देखने के लिए क्या आप Medicare के लिए योग्य हैं
[Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/) पर जाएं



बच्चों का स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP)

CHIP उन परिवारों के बच्चों के लिए कम लागत वाला स्वास्थ्य कवरेज प्रदान करता है जो Medicaid के लिए आय पात्रता से अधिक हैं, लेकिन अन्य स्वास्थ्य बीमा का खर्च नहीं उठा सकते हैं। CHIP के लिए योग्य पाए गए बच्चों को कोई निजी स्वास्थ्य बीमा प्लान खरीदने की जरूरत नहीं है। Medicaid के समान, CHIP SMA देखभाल के लिए जरूरी उपकरण, उपचार और सेवाओं के लिए भुगतान करने में आपकी मदद कर सकता है।



SMA वाले किसी बच्चे के परिवारों के लिए Medicaid और CHIP वे कार्यक्रम हैं जिनके आपके बच्चे की देखभाल के खर्च के लिए भुगतान करने में आपकी मदद करने की अधिक संभावना है। आप इन कार्यक्रमों के बारे में [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov) पर अधिक देख सकते हैं।



हो सकता है आपके राज्य में Medicaid और CHIP कार्यक्रमों को कुछ और कहा जाता हो। अपने राज्य की स्वास्थ्य सेवा में इन कार्यक्रमों के नाम यहां पर जानें [healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/).



स्वास्थ्य बीमा क्या कवर करता है और कैसे दावों को नामंजूर/मंजूर करता है, इसको समझना

सभी स्वास्थ्य बीमा अलग होते हैं और कौनसी सेवाएं, उपचार और उपकरण कवर किए जाते हैं, इसको कई कारक प्रभावित कर सकते हैं। क्योंकि आपके या आपके प्रियजन की स्वास्थ्य देखभाल का प्रबंधन जटिल हो सकता है, कवरेज के बारे में अपने बीमाकर्ता के साथ निरंतर बातचीत करना सहायक होता है।

क्या कवर किया गया है इसे पूरी तरह से समझने के लिए--और पूर्वानुमान लगाने में मदद करने के लिए और किसी भी दावे के अस्वीकार होने से बचने के लिए--निम्नलिखित प्रश्न पूछना सुनिश्चित करें:

- औसतन, क्या मेरे स्वास्थ्य बीमा प्लान के अंतर्गत आमतौर से [सेवा/उपचार/उपकरण] के दावे मंजूर होते हैं?
- सामान्य रूप से, यदि उपचार या उपकरण **चिकित्सीय रूप से जरूरी** है, यह निर्धारण करने की आपकी प्रक्रिया क्या है? उपचार या उपकरण चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है या नहीं यह निर्धारित करने के लिए कौन सी विशिष्ट जानकारी और/या दस्तावेज़ीकरण की जरूरत है?
- क्या आप दुर्लभ विकृतियों के लिए कोई अपवाद प्रदान करते हैं? यदि हाँ, तो क्या आप ऐसे अपवादों के उदाहरण दे सकते हैं?
- यदि मैं उपचार या उपकरण के लिए कई दावे करता हूँ तो क्या यह मेरे मासिक प्रीमियम को प्रभावित करेगा?
- क्या आप टिकाऊ चिकित्सीय उपकरणों (DME) को कवर करते हैं?

संघीय कानून की आवश्यकता है कि आपका स्वास्थ्य बीमाकर्ता किसी भी बीमा दावे का जवाब दे। आवश्यक जवाब अवधियां हैं:

- यदि आप उपचार से पहले प्राधिकरण चाह रहे हैं तो 15 दिन के भीतर, जिसे आमतौर पर **“पूर्व प्राधिकरण”** कहा जाता है;
- आपके द्वारा पहले ही प्राप्त की जा चुकी चिकित्सा सेवाओं के लिए 30 दिन के भीतर; और
- आवश्यक चिकित्सीय मामलों के लिए 72 घंटों के भीतर

यह अनुशंसा की जाती है कि बीमा कंपनियों के साथ बातचीत का दस्तावेज़ीकरण किया जाए: बातचीत की तारीख, समय, लंबाई और विवरण के साथ-साथ उस व्यक्ति का नाम और/या कोई पहचान संख्या लिखें, जिसके साथ आप बात करते हैं। दावों की नामंजूरी के लिए **अपील** दायर करते समय एक पेपर ट्रेल बनाना उपयोगी हो सकता है।



कोई दावा नामंजूर होने पर क्या करें

बीमा नामंजूरी अनेक कारणों से होती है। आपके बीमाकर्ता द्वारा चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं समझी जाने वाली किसी भी चीज़ के लिए दावे को नामंजूर करने की संभावना है। उदाहरण के लिए, एक व्हीलचेयर या श्वसन सहायक उपकरण को नामंजूर किया जा सकता है यदि आपका बीमाकर्ता मानता है कि **टिकाऊ चिकित्सा उपकरण (DME)** की कोई चिकित्सा आवश्यकता नहीं है।

ऐसी सूचना प्राप्त करना कि आपका बीमाकर्ता उपचार या उपकरण के लिए भुगतान नहीं करेगा, निराशाजनक और भयावह दोनों हो सकता है। हालांकि, सुरक्षा और कानून मौजूद हैं जो आपको अपने बीमाकर्ता के निर्णय पर विवाद करने और यह प्रदर्शित करने की अनुमति देते हैं कि उपचार और/या दवा चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है।

जबकि निम्नलिखित कदम आम तौर पर अधिकांश बीमा प्लान्स पर लागू होते हैं, हम यह सुनिश्चित करने के लिए अपने बीमाकर्ता से संपर्क करने का सुझाव देते हैं कि आप किसी विशिष्ट अपील आवश्यकताओं का अनुपालन करते हैं। ऐसा करने से यह सुनिश्चित करने में मदद मिल सकती है कि आप उनकी आवश्यकताओं को पूरा करते हैं, जो अपील प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण हो सकती हैं।

सामान्य तौर पर, यदि आपका दावा अस्वीकार कर दिया जाता है तो आप औपचारिक रूप से इन प्रमुख चरणों का पालन करते हुए एक अपील सबमिट कर सकते हैं:

- चरण 1: आंतरिक अपील। प्रारंभिक इनकार के बाद, आपको आंतरिक अपील का अनुरोध करने में सक्षम होना चाहिए। प्रारंभिक अपील दायर करने के लिए, अपने बीमाकर्ता को एक पत्र लिखें जिसमें यह दर्शाया गया हो कि कोई विशेष उपचार या उपकरण चिकित्सकीय रूप से क्यों आवश्यक है। सुझाव: "चिकित्सकीय रूप से आवश्यक" शब्द का प्रयोग करते हुए आपके चिकित्सक से आने वाली अपीलें आमतौर पर अधिक सफल होती हैं।
- चरण 2: बाहरी समीक्षा। यदि आपका बीमाकर्ता आंतरिक अपील को नामंजूर करता है, तो आपको एक "बाहरी समीक्षा" प्राप्त करने का अधिकार है जिसमें एक स्वतंत्र चिकित्सा पेशेवर आपके मामले की समीक्षा करेगा। आपकी आंतरिक अपील खारिज होने के बाद 60 दिनों के भीतर आपको बाहरी समीक्षा के लिए एक लिखित अनुरोध दर्ज करना होगा।
- चरण 3: शीघ्र बाहरी समीक्षा। यदि आप या आपके प्रियजन किसी तत्काल स्वास्थ्य स्थिति का सामना कर रहे हैं, तो आप प्रक्रिया को तेज करने के लिए आंतरिक समीक्षा के साथ-साथ बाहरी समीक्षा के लिए भी कह सकते हैं। बाहरी समीक्षा प्रक्रिया के लिए प्रत्येक राज्य के अलग-अलग नियम हैं। The Centers for Medicare & Medicaid Services--सरकार द्वारा वित्त पोषित स्वास्थ्य देखभाल की देखरेख करने वाली संघीय एजेंसी--आपके राज्य में दिशानिर्देशों का अवलोकन प्रदान करती है।

टिकाऊ चिकित्सीय उपकरण (DME) क्या होता है?

DME चिकित्सीय रूप से आवश्यक उपकरण होता है जिसे आपका चिकित्सक घर पर उपयोग के लिए प्रेस्क्राइब करता है। केवल आपका चिकित्सक आपके लिए चिकित्सीय उपकरण प्रेस्क्राइब कर सकता है। DME इन मानदंडों को पूरा करता है:

- टिकाऊ हैं (लंबे समय तक चलते हैं)
- किसी चिकित्सीय कारण के लिए प्रयुक्त
- आमतौर से किसी ऐसे व्यक्ति के लिए उपयोगी नहीं जो बीमार या घायल नहीं है।
- आपके घर में प्रयुक्त
- इसका कम से कम तीन वर्ष का एक प्रत्याशित उपयोगिता काल होता है

SMA वाले लोगों के लिए विशिष्ट DME के उदाहरणों में शामिल हैं:

- एडैप्टिव स्ट्रॉलर्स
- बाथ चेयर
- बाई-लेवल पॉजिटिव एयरवे प्रेशर (BiPAP या BPAP)
- ब्रेसेज
- स्टैंडर्स
- रेस्पिरेटरी असिस्टिव डिवाइस
- व्हीलचेयर



स्वास्थ्यसेवा खर्च को समझना और प्रबंधित करना

जब आपके स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान करने की बात आती है, तो यह आपको और आपके परिवार को होने वाली लागतों का अंदाजा लगाने में मदद करता है। आपके स्वास्थ्य बीमा से जुड़ी लागतों का अनुमान लगाने और तुलना करने में आपकी मदद करने के लिए उपकरण हैं, जिनमें **कोइंशोरेंस, कोपे (कोपेमेंट्स)**, और कटौती योग्य शामिल हैं। बजट ऐप्स के अलावा आप अपने स्मार्ट फोन पर डाउनलोड कर सकते हैं, Fair Health Consumers जैसे संगठन ज़िप कोड में चिकित्सा प्रक्रियाओं और सेवाओं के लिए लागत का अनुमान लगाने में मदद करने के लिए एक कैलकुलेटर प्रदान करते हैं जहां आप देखभाल प्राप्त करते हैं। चाहे आप बीमित हों या गैर-बीमित, आपको प्राप्त होने वाला लागत अनुमान दिखाएगा कि आपसे आपकी देखभाल के लिए कितना भुगतान करने के लिए कहा जा सकता है। fairhealthconsumer.org/medicalcostlookup.php पर अधिक जानें।

नेटवर्क-से-बाहर

क्योंकि SMA को एक दुर्लभ स्थिति माना जाता है, ऐसे प्रदाता को ढूंढना मुश्किल हो सकता है जो विकार और उससे संबंधित चुनौतियों के बारे में जानता हो। इसलिए यह जानना महत्वपूर्ण है कि आपकी स्वास्थ्य बीमा योजना में कौन से स्वास्थ्य सेवा प्रदाता और सुविधाएं शामिल हैं।

बीमाकर्ता **प्रदाता नेटवर्क** बनाकर लागत का प्रबंधन और अनुमान लगाते हैं (यानी, डॉक्टरों, अस्पतालों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ अनुबंध जो बातचीत की दरों पर देखभाल प्रदान करने की अपेक्षा करते हैं)। अपने बीमा नेटवर्क (**इन-नेटवर्क प्रदाता**) में किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता या अस्पताल में जाने से कई लाभ होते हैं, जिसमें जेब से कम लागत और अधिक उदार बीमा लाभ शामिल हैं। हालांकि, हाल के वर्षों में बीमा कंपनियां लागत कम रखने के लिए नेटवर्क को कम कर रही हैं। नतीजतन, यह संभावना है कि हर चिकित्सक, अस्पताल, या चिकित्सा उपचार सुविधा आपकी स्वास्थ्य बीमा योजना द्वारा कवर नहीं की जाएगी। आपका बीमाकर्ता यह समझने में सहायता के लिए प्रदाता निर्देशिका प्रदान करता है कि आपके नेटवर्क में कौन से स्वास्थ्य सेवा प्रदाता और अस्पताल शामिल हैं।

जेब-से-खर्च

कई स्वास्थ्य बीमा योजनाएं अब अधिक प्रीमियम चार्ज कर रही हैं और रोगियों की जेब से अधिक खर्च करवा रही हैं, तथा SMA और देखभाल करने वालों के साथ रहने वाले लोगों पर अधिक बोझ डाल रही हैं। हालांकि, आपके परिवार की स्वास्थ्य देखभाल लागतों का अनुमान लगाने और प्रबंधित करने में आपकी सहायता के लिए संसाधन उपलब्ध हैं। जान लें कि आपकी बीमा कंपनी आपको कवरेज से इनकार नहीं कर सकती है, आपके कवरेज को नवीनीकृत करने से इंकार नहीं कर सकती है, या SMA के कारण आपसे अधिक प्रीमियम नहीं ले सकती है।

स्वास्थ्य देखभाल के लिए आपकी जेब से खर्च की जाने वाली लागतें बीमा द्वारा सीधे प्रतिपूर्ति नहीं की जाती हैं, जिनमें शामिल हैं:

प्रीमियम: स्वास्थ्य बीमा के लिए आप हर महीने कितनी राशि का भुगतान करते हैं, भले ही आप अपनी बीमा योजना का उपयोग करते हों या नहीं।

कटौतियां: बीमा का भुगतान शुरू होने से पहले आपको अपने बीमा प्लान द्वारा कवर की गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए कितनी राशि का भुगतान करना होगा।

सहबीमा: किसी भी लागू कटौती का भुगतान करने के बाद आप एक कवर की गई स्वास्थ्य सेवा की लागत के लिए भुगतान करते हैं।

कोपेमेंट/कोपे: कवर की गई स्वास्थ्य सेवा के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली निश्चित डॉलर राशि।

अधिकांश स्वास्थ्य बीमा प्लानों के तहत, एक प्लान वर्ष में कवर की गई सेवाओं के लिए आपको अधिकतम भुगतान करना होगा। आप उस अधिकतम तक कैसे पहुँचते हैं यह आपके कटौती योग्य और सहबीमा प्रतिशत पर निर्भर करता है।

शब्दावली

अपील: किसी विशिष्ट सेवा या उत्पाद के लिए कवरेज से इनकार करने पर पुनर्विचार करने के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना का अनुरोध।

Children's Health Insurance Plan (CHIP): परिवारों में बच्चों के लिए कम लागत वाला स्वास्थ्य कवरेज जो Medicaid के लिए आय योग्यता से अधिक है लेकिन अन्य स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को वहन नहीं कर सकता है।

सहबीमा: किसी भी लागू कटौती का भुगतान करने के बाद आप एक कवर की गई स्वास्थ्य सेवा की लागत का भुगतान करते हैं; उदाहरण के लिए, एक चिकित्सक को भुगतान की जाने वाली स्वीकार्य राशि का 5 प्रतिशत।

कोपेमेंट (कोपे): कवर की गई स्वास्थ्य सेवा के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली एक निश्चित डॉलर राशि; उदाहरण के लिए, \$20 प्रति चिकित्सक मुलाकात।

खर्च-साझाकरण: देखभाल की लागत का वह हिस्सा जिसका भुगतान व्यक्ति द्वारा किया जाना चाहिए।

कटौतियां: बीमा का भुगतान शुरू होने से पहले अपने बीमा प्लान द्वारा कवर की गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि।

डीड आय: आपके अपात्र जीवनसाथी की आय और संसाधनों का वह हिस्सा जो आपका माना जाता है।

दोनों तरह से पात्र (दोहरे पात्र लाभार्थी / पात्र, दोहरे पात्र / पात्र): दोहरा योग्य होने के नाते-या दोहरा--योग्य लाभार्थी या दोहरी पात्र--Medicare और Medicaid दोनों के लिए पात्र लोगों का वर्णन करता है। इस शब्द में ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जो Medicare पार्ट ए और/या पार्ट बी में नामांकित हैं और निम्नलिखित Medicare सेविंग्स प्रोग्राम (एमएसपी) श्रेणियों में से किसी एक के माध्यम से Medicare प्रीमियम या लागत साझाकरण के साथ पूर्ण Medicaid लाभ और/या सहायता प्राप्त करते हैं:

- **योग्यता प्राप्त Medicare लाभार्थी (QMB) कार्यक्रम** - भाग ए और/या भाग बी प्रीमियम, कटौतियां, सहबीमा और सहभुगतान के लिए भुगतान करने में मदद करता है।
- **निर्दिष्ट कम-आय Medicare लाभार्थी (SLMB) कार्यक्रम** - भाग बी प्रीमियम के लिए भुगतान में मदद करता है।
- **योग्यता प्राप्त Medicare लाभार्थी (QMB) कार्यक्रम** - भाग ए और/या भाग बी प्रीमियम, कटौतियां, सहबीमा और सहभुगतान के लिए भुगतान करने में मदद करता है।
- **योग्यता प्राप्त विकलांग कार्यशील व्यक्ति (QDWI) कार्यक्रम** - कुछ लोगों के लिए भाग ए प्रीमियम का भुगतान करता है जो विकलांग हैं और जो कार्यशील हैं।

टिकाऊ चिकित्सीय उपकरण: चिकित्सा उपकरण और आपूर्ति जो स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा तीन साल से अधिक समय तक दैनिक या विस्तारित उपयोग के लिए आदेशित की जाती है, जैसे कि व्हीलचेयर या श्वसन सहायक उपकरण।

अर्जित आय: मजदूरी, वेतन, टिप्स और अन्य कर योग्य कर्मचारी वेतन से प्राप्त आय; संघ हड़ताल लाभ; न्यूनतम सेवानिवृत्ति की आय से पहले प्राप्त दीर्घकालिक विकलांगता लाभ; और स्वरोजगार से व्युत्पन्न शुद्ध आय।

सरकार-वित्तपोषित स्वास्थ्य बीमा: स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों की एक व्यापक श्रेणी जिसके माध्यम से बीमा लाभ प्रदान किए जाते हैं (जैसे, Medicare, Medicaid, और CHIP)।

सद्भाव आय (या सद्भाव में आय): पैसों के अलावा अन्य आय। इसमें कई कर्मचारी लाभ और सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली वस्तुएं और सेवाएं शामिल हैं, जैसे टोल-फ्री सड़कें, फूड स्टैम्प, पब्लिक स्कूलिंग, या सोशललाइज़्ड मेडिसिन।

नेटवर्क में प्रदाता (या वरीय प्रदाता): एक प्रदाता जिसे बीमा प्लान के सदस्यों या पॉलिसीधारकों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए बीमाकर्ता द्वारा अनुबंधित किया गया है।

Medicaid: एक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम जिसे राज्य सरकार द्वारा कम आय वाले व्यक्तियों या विकलांग बच्चों और विशेष जरूरतों के लिए कवरेज प्रदान करने के लिए प्रशासित किया जाता है। अधिकांश राज्यों में, Medicaid लाभार्थियों को आम तौर पर निम्नलिखित कार्यक्रमों में से एक द्वारा कवर किया जाता है:

- **सेवा-के लिए-शुल्क** - एक भुगतान मॉडल जहां सेवाओं को अलग किया जाता है और अलग से भुगतान किया जाता है।
- **राज्य Medicaid** - राज्य सरकार द्वारा संचालित एक एकल राज्यव्यापी कार्यक्रम।
- **Medicaid प्रबंधित देखभाल** - एक प्रणाली जिसमें मरीज केवल कुछ डॉक्टरों और अस्पतालों में जाने के लिए सहमत होते हैं, और जिसमें एक प्रबंधक कंपनी द्वारा इलाज की लागत की निगरानी की जाती है। यह कार्यक्रम आपके राज्य द्वारा अनुबंधित निजी स्वास्थ्य बीमा द्वारा संचालित है।

चिकित्सीय आवश्यकता: स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं या आपूर्ति जो देखभाल के स्वीकृत मानकों को पूरा करती हैं और किसी बीमारी, चोट, स्थिति, विकार, बीमारी या इसके लक्षणों को रोकने, निदान करने या उपचार करने के लिए आवश्यक हैं।

Medicare: एक सरकारी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम जो 65 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों और 65 वर्ष से कम उम्र के कुछ विकलांग लोगों के लिए कवरेज प्रदान करता है। Medicare के चार भाग हैं:

- **भाग ए** - अस्पताल बीमा (इन-पेशेंट अस्पताल देखभाल, किसी कुशल नर्सिंग सुविधा में इन-पेशेंट देखभाल, होस्पाइस देखभाल और कुछ घर पर स्वास्थ्य सेवा)।
- **भाग बी** - चिकित्सा बीमा (चिकित्सक सेवाएं, बाह्यरोगी देखभाल, टिकाऊ चिकित्सा उपकरण, घरेलू स्वास्थ्य सेवाएं, और कई निरोधक सेवाएं)।
- **भाग सी** - Medicare Advantage (MA) (Medicare-अनुमोदित निजी बीमा कंपनियों सभी भाग ए और भाग बी सेवाएं और प्रदान करती हैं और प्रेस्क्रिप्शन दवा कवरेज और अन्य पूरक लाभ प्रदान कर सकती हैं)।
- **भाग डी** - प्रेस्क्रिप्शन दवा लाभ (Medicare-अनुमोदित निजी कंपनियों बाह्यरोगी प्रेस्क्रिप्शन दवा कवरेज प्रदान करती हैं)।
 - कुछ आय और संसाधन सीमाएं पूरी करने वाले Medicare लाभार्थी अतिरिक्त सहायता कार्यक्रम, के लिए योग्य हो सकते हैं, जो मासिक प्रीमियम, वार्षिक कटौतियों और सहभुगतानों के लिए भुगतान करने में मदद करते हैं।

नेटवर्क: स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए आपका बीमा प्लान जिन संस्थानों, प्रदाताओं और आपूर्तिकर्ताओं के साथ काम करता है।

नेटवर्क-से-बाहर प्रदाता (या गैर-वरीय प्रदाता): एक प्रदाता जो आपके बीमा प्लान के नेटवर्क में नहीं है।

जेब-से-खर्च (जिसे कभी-कभी OOP कहा जाता है): एक व्यक्ति को कवर की गई स्वास्थ्य सेवाओं की लागत के लिए भुगतान करना पड़ सकता है, जो स्वास्थ्य बीमा प्लान के आधार पर भिन्न हो सकता है और इसमें कटौती, सहबीमा और प्रतिपूर्ति शामिल हो सकते हैं।

जेब-से-खर्च की सीमा: आपका प्लान शुरू होने से एक साल पहले आपको अपनी लागत का 100 प्रतिशत भुगतान करने के लिए अधिकतम भुगतान करना होगा।

प्रीमियम: कवरेज प्राप्त करने के लिए परिवार या व्यक्ति द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि, आमतौर पर मासिक आधार पर देय होती है।

प्राथमिक देखभाल प्रदाता: एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जो देखभाल प्रदान करता है और स्वास्थ्य सेवाओं की एक विस्तृत श्रृंखला तक पहुंच का समन्वय करता है।

निजी रूप से लिया गया स्वास्थ्य बीमा: वाणिज्यिक बीमा के रूप में भी जाना जाता है, स्वास्थ्य बीमा कवरेज की एक विस्तृत श्रेणी जहां लाभ सीधे स्वास्थ्य बीमा प्लान से या नियोक्ता, दलाल, या सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा बाज़ार (जिसे बीमा एक्सचेंज के रूप में भी जाना जाता है) के माध्यम से खरीदा जाता है।

प्राथमिक बीमा (या प्राथमिक भुगतानकर्ता): स्वास्थ्य बीमा के एक से अधिक स्रोत वाले लोगों के लिए, प्राथमिक बीमा उनके कवरेज का मुख्य स्रोत है जो पहले भुगतान करता है, जब तक कि कोई विशेष स्वास्थ्य सेवा या उत्पाद कवर नहीं किया जाता है।

पूर्व प्राधिकरण (या प्रीअथोराइज़ेशन): स्वास्थ्य बीमा प्लान की आवश्यकता, जो कवरेज की अनुमति देने से पहले, यह तय करती है कि उपचार या दवा चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है या नहीं।

प्रदाता नेटवर्क: सेवाओं और उत्पादों को प्रदान करने के लिए एक बीमाकर्ता द्वारा अनुबंधित स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, स्वास्थ्य सुविधाओं और आपूर्तिकर्ताओं का एक समूह।

सरकार-वित्तपोषित स्वास्थ्य बीमा: एक सार्वजनिक संस्था जो निजी वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा की खरीद की सुविधा प्रदान करती है जब नियोक्ता-प्रायोजित बीमा उपलब्ध नहीं है या वहन करने योग्य नहीं है। सीमित आय वाले व्यक्ति जो सार्वजनिक बीमा बाज़ार के माध्यम से कवरेज प्राप्त करते हैं, वे प्रीमियम या लागत साझाकरण या दोनों को कम करने में मदद करने के लिए सरकारी सब्सिडी के लिए पात्र हो सकते हैं।

उचित और प्रथागत शुल्क: किसी विशेष चिकित्सा सेवा या उपचार के लिए आपके स्वास्थ्य बीमा प्लान द्वारा किए गए शुल्क; उचित और प्रथागत माने जाने वाले शुल्क आपके भौगोलिक क्षेत्र के भीतर उस सेवा की सामान्य प्रचलित लागत से मेल खाते हैं, जिसकी गणना आपके स्वास्थ्य बीमा प्लान द्वारा की जाती है।

रेफरल: एक मरीज को विशेष देखभाल प्राप्त करने के लिए प्राथमिक देखभाल प्रदाता द्वारा प्रदान किया गया एक आदेश, अनुमति या सिफारिश; उदाहरण के लिए, SMA वाले कुछ व्यक्तियों को किसी विशेषज्ञ जैसे पल्मोनोलॉजिस्ट या आर्थोपेडिस्ट को देखने के लिए रेफरल की आवश्यकता हो सकती है।

द्वितीयक/पूरक बीमा (या द्वितीयक/पूरक भुगतानकर्ता): स्वास्थ्य बीमा के एक से अधिक स्रोत वाले लोगों के लिए, कवरेज का एक अतिरिक्त स्रोत जो प्राथमिक स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर नहीं की गई सेवाओं या लागतों के लिए भुगतान करता है।

TRICARE: वर्दीधारी सेवा सदस्यों के लिए एक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम, जिसमें अमेरिकी सेना, अमेरिकी वायु सेना, अमेरिकी नौसेना, अमेरिकी मरीन कॉर्प्स, यूएस कोस्ट गार्ड, यूएस पब्लिक हेल्थ सर्विस के कमीशन कॉर्प्स और कमीशन कॉर्प्स के सक्रिय कर्तव्य और सेवानिवृत्त सदस्य, नेशनल ओशनिक एंड एटमॉस्फेरिक एंजिनीयर्स, साथ ही दुनिया भर में उनके परिवार शामिल हैं।

- सेवानिवृत्त सैनिक TRICARE और VA Care लाभ दोनों के लिए पात्र हो सकते हैं।
- सेवा से जुड़े रोग या विकलांगता के कारण अलग होने वाले सेवा सदस्य VA लाभों और कुछ TRICARE लाभों के लिए पात्र हो सकते हैं।

गैर-अर्जित आय: काम के अलावा अन्य स्रोतों से प्राप्त आय, जिसमें संपत्ति के स्वामित्व से आय (संपत्ति आय के रूप में जानी जाती है), विरासत, पेंशन, निवेश, ब्याज और लोक कल्याण से प्राप्त भुगतान शामिल हैं।

VA Care: किसी भी सशस्त्र बल में सेवा करने वाले और अपमानजनक के अलावा किसी भी स्थिति में अलग होने वाले लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवा लाभ।

- रिजर्व या नेशनल गार्ड के वर्तमान और पूर्व सदस्य जिन्हें संघीय आदेश द्वारा सक्रिय कर्तव्य के लिए बुलाया गया था और पूरी अवधि पूरी की जिसके लिए उन्हें बुलाया गया था या आदेश दिया गया था, वे भी VA स्वास्थ्य लाभ के लिए पात्र हो सकते हैं।
- सेवानिवृत्त सैनिक TRICARE और VA Care लाभ दोनों के लिए पात्र हो सकते हैं।
- सेवा से जुड़े रोग या विकलांगता के कारण अलग होने वाले सेवा सदस्य VA लाभों और कुछ TRICARE लाभों के लिए पात्र हो सकते हैं।

CURE SMA



Cure SMA एक लाभ-निरपेक्ष संगठन है और इसमें परिवारों, क्लिनिशियनों और शोध वैज्ञानिकों का विश्वव्यापी नेटवर्क है, जो SMA शोध को आगे बढ़ाने, प्रभावित व्यक्तियों/देखभालकर्ताओं की सहायता करने और SMA के बारे में जनता और व्यावसायिक समुदायों को शिक्षित करने में साथ मिलकर काम कर रहे हैं।

Cure SMA निष्पक्ष सहायता का एक संसाधन है। हम SMA से ग्रसित लोगों और उनके प्रियजनों की सहायता के लिए हैं और किसी विशिष्ट पसंद या निर्णय का समर्थन नहीं करते। लोग और देखभालकर्ता इस बारे में अलग-अलग तरीके से तय करते हैं कि परिस्थिति के अनुसार, उनके व्यक्तिगत विश्वासों के अनुरूप उनके लिए अच्छा क्या होगा। अभिभावकों और परिवार के अन्य महत्वपूर्ण सदस्यों को इन विषयों पर अपनी भावनाओं पर चर्चा कर पाना चाहिए और अपनी SMA टीम से प्रश्न पूछने चाहिए। इस प्रकार के निर्णय हल्के में नहीं लेने चाहिए और सभी विकल्पों पर सोच-समझकर विचार करना चाहिए। SMA से संबंधित सभी विकल्प बहुत ही व्यक्तिगत होते हैं और इनमें व्यक्तिगत मूल्य झलकने चाहिए, साथ ही यह कि हर एक व्यक्ति और उनके परिजनों के लिए सबसे अच्छा क्या होगा।



Cure SMA यहां आपकी सहायता के लिए है। जानना जारी रखने के लिए, कृपया उपलब्ध अन्य Care Series बुकलेट देखें:

- श्वसन के मूल तत्व
- देखभाल विकल्प
- SMA के जेनेटिक्स
- अस्थिमांसपेशीय तंत्र
- पोषण के मूल तत्व
- SMA को समझना



twitter.com/cureSMA



[@curesmaorg](https://www.instagram.com/curesmaorg)



[facebook.com/cureSMA](https://www.facebook.com/cureSMA)

You



[youtube.com/user/FamiliesofSMA1](https://www.youtube.com/user/FamiliesofSMA1)



www.linkedin.com/company/families-of-sma



800.886.1762 • फ़ैक्स 847.367.7623 • info@cureSMA.org • cureSMA.org

अंतिम बार संशोधित फरवरी 2020