



CURE SMA

CHOICE AND CONNECTION TO CARE

UM ROTEIRO DE SEGURO DE SAÚDE PARA PESSOAS QUE VIVEM COM ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (SPINAL MUSCULAR ATROPHY, SMA) E SEUS CUIDADORES



Make today a
breakthrough.

INTRODUÇÃO

Ao cuidar de um ente querido com SMA ou quando se depara com um novo diagnóstico de SMA, as decisões à frente podem parecer devastadoras, principalmente ao utilizar seguro de saúde e prever seus custos de saúde. Aprender mais sobre os recursos disponíveis e como navegar por eles é um primeiro passo fundamental para garantir que você tenha o atendimento mais eficaz, apropriado e abrangente para sua situação.



Este kit de ferramentas foi projetado para ser um roteiro para maximizar sua cobertura de saúde e ajudar a garantir que ela atenda às necessidades de sua família. Ele oferece uma apresentação geral sobre:

- Os diferentes tipos de seguro de saúde disponíveis.
- Recursos para ajudar você a entender os diferentes tipos de cobertura de saúde e termos relacionados.
- O perfil de elegibilidade do seguro para famílias impactadas pela SMA.
- Como funciona a cobertura e o que o seguro pode abranger.
- Como calcular os custos estimados.
- Como encontrar ajuda para cobrir custos que podem não ser abrangidos pelos planos de saúde tradicionais.
- Como falar com seguradoras sobre opções de seguro e novos tratamentos.



Muitos dos termos usados neste folheto estão definidos no glossário que começa na página 12. Os termos definidos no glossário são apresentados em negrito na primeira vez que aparecem no texto.



RESUMO DE SEGURO DE SAÚDE

A lei atual incentiva os americanos a obter um seguro de saúde. Ter um seguro de saúde é a melhor maneira de proteger sua família das altas contas médicas e evitar essa penalidade.

Nos Estados Unidos, existem dois tipos principais de seguro de saúde:

- **Seguro de saúde privado** (também conhecido como **seguro de saúde comercial**), que é qualquer plano de seguro de saúde adquirido de forma privada; muitas vezes o seguro de saúde privado está disponível através de um empregador.
- **Seguro de saúde financiado pelo governo**, o que significa benefícios de seguro fornecidos por meio de um programa governamental, tais como **Social Security, Medicare, Medicaid**, ou o **Children's Health Insurance Program (CHIP)**.

MEDICARE? MEDICAID?

Qual é a diferença?

O **Medicare** é um programa do governo federal que oferece cobertura para indivíduos com mais de 65 anos e para pessoas com certas deficiências.

O Medicaid e o Children's Health Insurance Program (CHIP)

são programas administrados pelo estado que oferecem cobertura para indivíduos de baixa renda e para crianças com deficiência e necessidades especiais.

Para obter mais informações sobre o seguro de saúde financiado pelo governo e determinar sua elegibilidade, visite **CMS.gov**.



SOBRE O SEGURO DE SAÚDE PRIVADO

- Existem muitos tipos diferentes de planos de saúde privados, também conhecidos como seguros de saúde comerciais. Cada plano de seguro é único e oferece diferentes graus de cobertura. Seu seguro será diferente em **prêmios, desembolsos diretos, provedores fora da rede** disponíveis e outros itens. Ligue para sua seguradora para saber mais sobre o que seu plano de seguro cobre.

SOBRE O SEGURO DE SAÚDE FINANCIADO PELO GOVERNO

Muitas pessoas recebem seguro de saúde por meio de programas financiados pelos governos federal ou estadual, incluindo programas como:

- Medicaid
- Medicare
- CHIP
- **TRICARE** (através do U.S. Department of Defense)
- **VA Care** (através do U.S. Department of Veterans Affairs)

Determinar a cobertura de saúde certa para você e sua família é importante. Se você ou alguém em sua casa tem SMA, você pode ter vários planos de seguro para escolher, dependendo de onde você mora e sua elegibilidade de renda/recurso.

Para encontrar o plano de seguro que funciona melhor para você e sua família, algumas primeiras perguntas a serem feitas e respondidas são:

- Eu ou meu ente querido temos direito ao seguro do governo?
- *(Se empregado)* Que seguro é oferecido pelo meu empregador?
- *(Se casado)* O seguro do meu cônjuge é a melhor opção para minha família?



GARANTIR COBERTURA EM SAÚDE FINANCIADA PELO GOVERNO

Você e sua família já devem ter seguro de saúde privado no momento do diagnóstico de SMA. No entanto, você também pode ser elegível para programas governamentais para ajudar a pagar despesas não cobertas pelo seu seguro de saúde privado.

O primeiro passo para se tornar elegível para assistência do governo é receber uma verificação oficial de um diagnóstico de SMA pela Administração da Previdência Social dos EUA. Na maioria dos estados, se uma pessoa com SMA for elegível para os benefícios do **Supplemental Security Income (SSI)** ela será automaticamente elegível para o Medicaid.



PARA SOLICITAR OS BENEFÍCIOS DO SSI

Se seu filho tem SMA, revise o Kit de Iniciação à Deficiência Infantil do Seguro Social em ssa.gov/disability/disability_starter_kits_child_eng.htm. Este kit responde a perguntas comuns sobre a solicitação de benefícios do SSI para crianças e inclui uma planilha que o ajudará a reunir as informações necessárias.

1. Entre em contato a Segurança Social imediatamente para saber se os seus rendimentos e recursos estão dentro dos limites de elegibilidade adequados e para iniciar o processo de candidatura ao SSI. Você pode ligar gratuitamente para 800.772.1213.
2. Preencha o Relatório de Incapacidade Infantil online em ssa.gov/childdisabilityreport. No final do relatório, o Seguro Social pedirá que você assine um formulário que dá permissão ao(s) **provedor(es) de cuidados primários** da criança para fornecer informações sobre seu diagnóstico. Isso permitirá que eles tomem uma decisão sobre sua reivindicação.

Visite socialsecurity.gov ou ligue gratuitamente para 800.772.1213 ou para o número TTY do Seguro Social, 800.325.0778, para saber mais sobre sua **elegibilidade**. Você também pode visitar ssa.gov/ssi/text-child-ussi.htm.



RENDA DE SEGURANÇA COMPLEMENTAR (SSI)

SSI faz pagamentos mensais a pessoas com rendimentos (dinheiro recebido) e recursos limitados (itens/propriedades), e que tenham:

- Idade de 65 anos ou mais;
- Sejam cegos, ou
- Incapacitados.

A renda inclui dinheiro que você recebe na forma de salários de um empregador, benefícios da Previdência Social ou pagamentos de pensão. A renda também inclui itens como comida e abrigo. O valor da renda que você pode receber a cada mês e ainda ser elegível para o SSI depende em parte de onde você mora.

Ligue para o Seguro Social no número 800.772.1213 para saber os limites de renda em seu estado. Os recursos usados para decidir se você se qualifica para o SSI incluem imóveis, contas bancárias, dinheiro, ações e títulos. Você pode receber SSI se seus recursos valerem US\$ 2.000 ou menos ou — se for um casal — US\$ 3.000 ou menos. Para obter mais informações sobre os requisitos e benefícios de elegibilidade do SSI, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).

Nota: Se você receber o SSDI (Seguro de Invalidez da Previdência Social), será automaticamente inscrito no Medicare após dois anos para contas hospitalares e ambulatoriais e outros serviços médicos.

É importante observar que, mesmo que você não se qualifique para os benefícios do Seguro Social, você pode ser elegível para outra assistência governamental, como o Medicaid. (Veja a próxima página.)

O que constitui renda?

A Segurança Social utiliza diferentes tipos de rendimento para calcular o pagamento do SSI e determinar se cumpre o limite de recursos do SSI.

Renda auferida (Earned income)

significa salários, vencimentos, gorjetas e outros pagamentos tributáveis de funcionários; benefícios de greve sindical; benefícios de invalidez de longo prazo recebidos antes da idade mínima de aposentadoria; e rendimentos líquidos do trabalho por conta própria.

Os rendimentos não ganhos (Unearned income) são

derivados de outras fontes que não o trabalho. Isso inclui renda de propriedade (conhecida como renda de propriedade), herança, pensões, investimentos, juros e pagamentos recebidos do bem-estar público.

Renda não monetária (In-kind income)

(renda através de bens e serviços) trata-se de renda que não envolve dinheiro. Inclui muitos benefícios ao funcionário e bens e serviços fornecidos pelo governo, como estradas sem pedágio, vale-refeição, ensino público ou medicina socializada.

A renda presumida (Deemed income)

é a parte da renda e dos recursos do seu cônjuge inelegível que são considerados seus, se você for casado.

MEDICAID

Medicaid é um programa estadual financiado com fundos estaduais e federais. O Medicaid oferece cobertura de saúde de baixo custo, às vezes gratuita, para indivíduos com renda e recursos limitados, pessoas com deficiência e mulheres grávidas. Para famílias que têm um ente querido vivendo com SMA, os benefícios do Medicaid podem incluir visitas a profissionais de saúde, exames médicos, visitas a hospitais e transporte para visitas, equipamentos e outros serviços, dependendo dos benefícios e serviços específicos cobertos pelo programa em seu estado .

Mesmo que sua renda exceda os níveis de renda de elegibilidade tradicionais, você poderá se qualificar para o Medicaid sob a expansão do Medicaid ou por meio de regras de “despesas médicas deduzidas”. Alguns estados expandiram a cobertura do Medicaid para incluir residentes com renda familiar abaixo de 133% do nível federal de pobreza. Visite [healthcare.gov/lower-costs/](https://www.healthcare.gov/lower-costs/) para saber se você é elegível com base apenas na renda. De acordo com as regras de dedução de despesas médicas, você pode subtrair suas despesas médicas de sua renda para se tornar elegível para o Medicaid. Descubra se você se qualifica visitando [medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic](https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic)

Além disso, é possível receber uma renda e manter a elegibilidade do SSI e os benefícios do Medicaid para seguro de saúde, até um limite de ganhos especificado pela Seção 1619b. Se você for elegível para o SSI, tiver Medicaid para seu seguro de saúde e estiver empregado, o 1619b permite que você trabalhe e mantenha a cobertura do Medicaid sem dedução de despesas com o Medicaid. Você pode continuar a ser elegível para a cobertura do Medicaid até que sua renda anual bruta atinja um determinado valor (o limite de renda varia anualmente de acordo com o estado). As exceções a esse incentivo de trabalho incluem se você não precisar mais do Medicaid ou se acumular mais do que o limite de recursos do Medicaid do seu estado.

Visite www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm para obter mais informações sobre a Seção 1619(b). Veja se sua renda está dentro da faixa de elegibilidade para o Medicaid visitando [healthcare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs). Mesmo que você não se qualifique com base apenas na renda, é recomendável que você se inscreva.

PROGRAMAS DE ISENÇÃO DE MEDICAID

As pessoas que vivem com SMA e seus entes queridos podem se qualificar para outra assistência de Medicaid que não seja baseada apenas na renda. As isenções do Medicaid podem ajudar a fornecer serviços adicionais e cobertura abrangente do Medicaid para que você ou seu ente querido possam receber cuidados de longo prazo em sua própria comunidade.

Nem todos os estados têm as mesmas regras e benefícios. O governo federal permite que os estados solicitem isenções das regras tradicionais do Medicaid, para que possam oferecer uma variedade de opções inovadoras em seu estado. Para saber mais sobre as isenções disponíveis em seu estado, **visite [medicaid.gov](https://www.medicicaid.gov)**. Em seguida, na lista suspensa Medicaid, selecione “State Waivers” na seção “Seção 1115 Demonstração”. **[Kidswaivers.org](https://www.kidswaivers.org)** é outro recurso útil para saber mais sobre as isenções de Medicaid disponíveis.

Mudança e Isenções de Medicaid

Como as isenções do Medicaid são baseadas no estado, observe que os serviços de isenção não serão transferidos para outros estados e muitos estados já têm pessoas em lista de espera para serviços de isenção.

Elegibilidade para Medicaid e CHIP

A elegibilidade para Medicaid e CHIP varia de estado para estado. Observe que você só pode ser elegível para Medicaid OU CHIP, não para ambos. Você pode solicitar Medicaid ou CHIP de duas maneiras:

- Através do Health Insurance Marketplace, criando uma conta para enviar uma solicitação: [healthcare.gov/create-account](https://www.healthcare.gov/create-account).
- Através da agência Medicaid do seu estado. Encontre informações de contato para o seu estado em [healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicicaid-chip).

Também não há período de inscrição limitado para Medicaid ou CHIP. Se você/seu ente querido se qualificar, a cobertura pode começar imediatamente a qualquer momento do ano.

Observe que, em alguns estados, não há diferença entre o Medicaid e o CHIP em termos de benefícios e requisitos de elegibilidade. Em outros estados, o CHIP é um programa separado do Medicaid, abrangendo crianças maiores ou crianças de famílias com renda acima do teto de elegibilidade do Medicaid do estado.

Saiba mais sobre o Medicaid e o CHIP em seu estado visitando o [medicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html](https://www.medicicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html)



MEDICARE

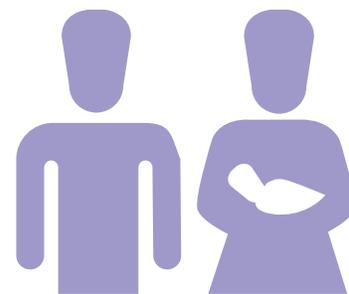
Medicare é um programa federal de seguro de saúde que oferece cobertura para indivíduos com 65 anos ou mais e para aqueles com menos de 65 anos que têm certas deficiências, como SMA.

Veja se você se qualifica para o Medicare visitando [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/)



CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

CHIP oferece cobertura de saúde de baixo custo para crianças em famílias que excedem a elegibilidade de renda para o Medicaid, mas não podem pagar outro seguro de saúde. Para as crianças que se qualificam para o CHIP, não é necessário obter um plano de seguro de saúde particular. Semelhante ao Medicaid, o CHIP pode ajudar você a pagar por equipamentos, tratamentos e serviços necessários para os cuidados da SMA.



Para famílias com uma criança vivendo com SMA, Medicaid e CHIP são os programas que provavelmente ajudarão você a pagar o custo dos cuidados de seu filho. Você pode aprender mais sobre esses programas em [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov).



Os programas Medicaid e CHIP podem ser denominados de outra forma em seu estado. Aprenda quais são os nomes desses programas nos serviços de saúde do seu estado acessando [Healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/).



ENTENDER O QUE O SEGURO DE SAÚDE COBRE E COMO AS SEGURADORAS REJEITAM/APROVAM REIVINDICAÇÕES

Todo seguro de saúde é diferente e muitos fatores podem afetar quais serviços, tratamentos e equipamentos são cobertos. Como gerenciar os cuidados de saúde de seu ente querido pode ser complexo, é útil manter um diálogo contínuo com sua seguradora sobre a cobertura.

Para entender completamente o que está coberto e ajudar a prever e evitar negações de sinistros, faça as seguintes perguntas:

- Em média, os pedidos de [SERVIÇO/TRATAMENTO/EQUIPAMENTO] são geralmente aprovados no meu plano de saúde?
- Em geral, qual é o seu procedimento para determinar se o tratamento ou equipamento é **cl clinicamente necessário**? Que informações e/ou documentações específicas são necessárias para determinar se um tratamento ou equipamento é clinicamente necessário?
- Você fornece alguma exceção para distúrbios raros? Em caso afirmativo, você pode dar exemplos de tais exceções?
- Se eu fizer várias reivindicações de tratamento ou equipamento, isso afetará meu prêmio mensal?
- Você cobre equipamentos médicos duráveis (DME)?

A lei federal exige que sua seguradora de saúde responda a uma reivindicação de seguro de saúde. Os tempos de resposta necessários são:

- No prazo de 15 dias se você estiver solicitando autorização antes do tratamento, geralmente denominada **“autorização prévia”**;
- Dentro de 30 dias para serviços médicos que você já recebeu; e
- Dentro de 72 horas para assuntos médicos urgentes

Recomenda-se que as conversas com as seguradoras sejam documentadas: anote a data, hora, duração e detalhes da conversa, bem como o nome e/ou qualquer número de identificação da pessoa com quem você fala. A criação de uma documentação impressa pode ser útil ao apresentar **recursos** para negações de reivindicações.



O QUE FAZER QUANDO UMA REIVINDICAÇÃO É NEGADA

As recusas de seguro acontecem por vários motivos. Sua seguradora provavelmente negará uma reivindicação por qualquer item que não seja considerado clinicamente necessário. Por exemplo, uma cadeira de rodas ou dispositivo de assistência respiratória pode ser rejeitado se sua seguradora acreditar que o **equipamento médico durável (durable medical equipment, DME)** não seja uma necessidade clínica.

Receber uma notificação de que sua seguradora não pagará pelo tratamento ou equipamento pode ser frustrante e assustador. No entanto, existem proteções e leis em vigor que permitem contestar a decisão de sua seguradora e demonstrar que um tratamento e/ou medicamento é clinicamente necessário.

Embora as etapas a seguir geralmente se apliquem à maioria dos planos de seguro, sugerimos entrar em contato com sua seguradora para garantir que você cumpra com todos os requisitos de recursos específicos. Isso pode ajudar a garantir que você atenda aos requisitos deles, que podem ser fundamentais para o processo de recurso.

Em geral, se o seu pedido for negado, você pode enviar formalmente um recurso seguindo estas etapas principais:

- Etapa 1: Recurso interno. Após a negação inicial, você poderá solicitar um recurso interno. Para apresentar um recurso inicial, escreva uma carta à sua seguradora demonstrando por que um determinado tratamento ou equipamento é clinicamente necessário. Sugestão: Os apelos que vêm do seu médico usando o termo “clinicamente necessário” geralmente são mais bem-sucedidos.
- Etapa 2: Revisão Externa. Se sua seguradora negar o recurso interno, você tem o direito de buscar uma “análise externa” na qual um profissional médico independente analisará seu caso. Você deve enviar uma solicitação por escrito para obter uma revisão externa no prazo de 60 dias após a rejeição da sua apelação interna.
- Etapa 3: Revisão externa rápida. Se você ou seu ente querido estiver enfrentando uma situação de saúde urgente, poderá solicitar uma revisão externa ao mesmo tempo que uma revisão interna para acelerar o processo. Cada estado tem regras diferentes para o processo de revisão externa. Os Centers for Medicare & Medicaid Services, a agência federal que supervisiona a assistência médica financiada pelo governo, fornece uma apresentação geral das diretrizes em seu estado.

O que é equipamento médico durável (DME)?

O DME é um equipamento clinicamente necessário que seu médico prescreve para uso em sua casa. Somente o seu médico pode receitar equipamentos médicos para você. O DME atende a estes critérios:

- São duráveis (podem suportar o uso repetido)
- Usado por uma razão médica
- Geralmente não é útil para alguém que não está doente ou ferido
- Usado em sua casa
- Ter uma vida útil prevista de pelo menos três anos

Exemplos de DME específicos para pessoas que vivem com SMA incluem:

- Carrinhos adaptáveis
- Cadeiras de banho
- Aparelho de Pressão Positiva nas Vias Aéreas de dois níveis (BiPAP ou BPAP)
- Aparelhos ortopédicos
- Apoios
- Dispositivo de Assistência Respiratória
- Cadeiras de rodas



ENTENDER E GERENCIAR OS CUSTOS DE SAÚDE

Quando se trata de pagar seu seguro de saúde, é útil ter uma noção dos custos em que você e sua família incorrerão. Existem ferramentas para ajudar você a estimar e comparar os custos associados ao seu seguro de saúde, incluindo **cosseguro**, **copagamentos (copays)** e franquias. Além dos aplicativos de orçamento que você pode baixar em seu smartphone, organizações como a Fair Health Consumers fornecem uma calculadora para ajudar a estimar os custos de procedimentos e serviços médicos no código postal onde você recebe atendimento. Se você está segurado ou não, a estimativa de custo que você recebe mostrará quanto você pode ser solicitado a pagar por seus tratamentos. Saiba mais acessando fairhealthconsumer.org/medicalcostlookup.php.

FORA DA REDE

Como a SMA é considerada uma condição rara, pode ser difícil encontrar um provedor que conheça os meandros do distúrbio e seus desafios relacionados. É por isso que é importante saber quais provedores e instalações de saúde são cobertos pelo seu plano de saúde.

As seguradoras gerenciam e preveem custos criando **redes de provedores** (ou seja, contratos com médicos, hospitais e outros profissionais de saúde com a expectativa de fornecer atendimento a taxas negociadas). Visitar um provedor de assistência médica ou hospital em sua rede de seguros (**provedor na rede**) traz vários benefícios, incluindo desembolsos menores e benefícios de seguro mais generosos. No entanto, as seguradoras vêm reduzindo as redes nos últimos anos para manter os custos baixos. Como resultado, é provável que nem todos os médicos, hospitais ou instalações de tratamento médico sejam cobertos pelo seu plano de saúde. Sua seguradora oferece diretórios de provedores para ajudar a entender quais provedores de assistência médica e hospitais estão incluídos em sua rede.

DESEMBOLSO

Muitos planos de saúde estão cobrando prêmios mais altos e impondo custos maiores aos pacientes, sobrecarregando mais as pessoas que vivem com SMA e os cuidadores. No entanto, existem recursos disponíveis para ajudar você a prever e gerenciar os custos de saúde de sua família. Saiba que sua companhia de seguros não pode negar cobertura, recusar-se a renovar sua cobertura ou cobrar um prêmio mais alto por causa da SMA.

Os custos desembolsados são suas despesas com assistência médica que não são reembolsadas diretamente pelo seguro, incluindo:

Prêmio: o valor que você paga mensalmente para ter seu seguro de saúde, independentemente de usar ou não seu plano de seguro.

Franquia: o valor que você deve pagar pelos serviços de saúde cobertos pelo seu plano de seguro antes que o seguro comece a pagar.

Cosseguro: a porcentagem que você paga pelo custo de um serviço de saúde coberto após o pagamento de qualquer franquia aplicável.

Copagamento: o valor fixo em dólares que você paga por um serviço de saúde coberto.

Na maioria dos planos de saúde, há um limite máximo que você deve pagar pelos serviços cobertos em um ano de plano. Como você atinge esse máximo depende do seu percentual de franquia e cosseguro.

GLOSSÁRIO

Recurso: Uma solicitação à seguradora de plano de saúde para reconsiderar a negação de cobertura para um serviço ou produto específico.

Children's Health Insurance Plan (CHIP): Cobertura de saúde de baixo custo para crianças em famílias que excedem a elegibilidade de renda para o Medicaid, mas não podem pagar outros planos de saúde.

Cosseguro: A porcentagem que você paga do custo de um serviço de saúde coberto após pagar qualquer franquia aplicável; por exemplo, 5 por cento do valor permitido pago a um médico.

Copagamento: Um valor fixo em dólares que você paga por um serviço de saúde coberto; por exemplo, US\$ 20 por consulta médica.

Compartilhamento de custos: A parcela dos custos do tratamento que deve ser paga pelo indivíduo.

Franquia: O valor que você deve pagar pelos serviços de saúde cobertos pelo seu plano de seguro antes que o seguro comece a pagar.

Renda presumida: A parte da renda e dos recursos do seu cônjuge inelegível que são considerados seus.

Duplamente elegíveis (beneficiários com dupla qualificação, duplamente elegíveis): Ser duplamente elegível — ou um beneficiário duplamente elegível ou duplamente elegível — descreve as pessoas elegíveis tanto para o Medicare quanto para o Medicaid. O termo inclui indivíduos que estão inscritos no Medicare Parte A e/ou Parte B e recebem benefícios completos do Medicaid e/ou assistência com prêmios do Medicare ou compartilhamento de custos por meio de uma das seguintes categorias do Programa de Poupança do Medicare (Medicare Savings Program, MSP):

- **Programa Qualified Medicare Beneficiary (QMB)** — Ajuda a pagar os prêmios, franquias, cosseguros e copagamentos da Parte A e/ou Parte B.
- **Programa de Beneficiário do Medicare de Baixa Renda Especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)** — Ajuda a pagar os prêmios da Parte B.
- **Programa de Qualificação Individual (Qualifying Individual, QI)** — Ajuda a pagar os prêmios da Parte B.
- **Programa Qualified Disabled Working Individual (QDWI)** — Paga o prêmio da Parte A para certas pessoas que têm deficiência e estão trabalhando.

Equipamento médico durável (Durable medical equipment): Equipamentos e suprimentos médicos solicitados por um profissional de saúde para uso diário ou prolongado por mais de três anos, como cadeira de rodas ou dispositivo de assistência respiratória.

Renda auferida (Earned income): Renda derivada de salários, vencimentos, gorjetas e outros pagamentos tributáveis de funcionários; benefícios de greve sindical; benefícios de invalidez de longo prazo recebidos antes da idade mínima de aposentadoria; e rendimentos líquidos do trabalho por conta própria.

Seguro de saúde financiado pelo governo: Uma ampla categoria de programas de seguro de saúde por meio dos quais os benefícios de seguro são fornecidos (por exemplo, Medicare, Medicaid e CHIP).

Renda não monetária (In-kind income): Renda que não envolve dinheiro. Inclui muitos benefícios ao funcionário e bens e serviços fornecidos pelo governo, como estradas sem pedágio, vale-refeição, ensino público ou medicina socializada.

Provedor na rede [In-network provider] (ou provedor preferencial [preferred provider]):

Um provedor que foi contratado por uma seguradora para fornecer serviços de saúde a membros ou segurados de um plano de seguro.

Medicaid: Um programa de seguro de saúde administrado pelo governo estadual para fornecer cobertura para indivíduos de baixa renda ou para crianças com deficiência e necessidades especiais. Na maioria dos estados, os beneficiários do Medicaid normalmente são cobertos por um dos seguintes programas:

- **Fee-for-service** — um modelo de pagamento em que os serviços são desagregados e pagos separadamente.
- **State Medicaid** — um único programa estadual operado pelo governo estadual.
- **Medicaid Managed Care** — um sistema em que os pacientes concordam em visitar apenas determinados médicos e hospitais, e no qual o custo do tratamento é monitorado por uma empresa gestora. Este programa é operado por um seguro de saúde privado contratado pelo seu estado.

Necessidade médica: Serviços ou suprimentos de saúde que atendem aos padrões aceitos de atendimento e são necessários para prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença, lesão, condição, distúrbio, doença ou seus sintomas.

Medicare: Um programa federal de seguro de saúde que oferece cobertura para indivíduos com 65 anos ou mais e para aqueles com menos de 65 anos que têm certas deficiências. O Medicare consiste em quatro partes:

- **Parte A** — Seguro hospitalar (internação hospitalar, internação em uma Unidade de Enfermagem Especializada, cuidados paliativos e alguns serviços de saúde domiciliar).
- **Parte B** — Seguro médico (serviços médicos, atendimento ambulatorial, equipamentos médicos duráveis, serviços de saúde domiciliar e muitos serviços preventivos).
- **Parte C** — Medicare Advantage (MA) (companhias de seguros privadas aprovadas pelo Medicare fornecem todos os serviços da Parte A e da Parte B e podem fornecer cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica e outros benefícios suplementares).
- **Part D** — O Benefício de Medicamentos com Prescrição [Prescription Drug Benefit] (empresas privadas aprovadas pelo Medicare fornecem cobertura de medicamentos com prescrição ambulatorial).
 - Os beneficiários do Medicare que atendem a determinados limites de renda e recursos podem se qualificar para o Programa de Ajuda Extra [Extra Help Program], que ajuda a pagar prêmios mensais, franquias anuais e copagamentos.

Rede: As instituições, provedores e fornecedores com os quais seu plano de seguro trabalha para fornecer serviços de saúde.

Provedor fora da rede (ou provedor não preferencial): Um provedor que não está na rede do seu plano de seguro.

Desembolsos (às vezes denominados OOP [Out-Of-Pocket costs]): A quantia que um indivíduo pode ter que pagar pelo custo dos serviços de saúde cobertos, que pode variar de acordo com o plano de seguro de saúde e pode incluir franquias, cosseguro e copagamentos.

Limite de desembolso: O máximo que você tem que pagar ao longo de normalmente um ano antes que seu plano comece a pagar 100% de seus custos.

Prêmio: O valor que deve ser pago por uma família ou um indivíduo para obter cobertura, geralmente pago mensalmente.

Clínico geral: Um profissional da saúde que presta cuidados e coordena o acesso a uma ampla gama de serviços de saúde.

Seguro de saúde privado: Também conhecido como seguro comercial, uma ampla categoria de cobertura de seguro de saúde em que os benefícios são adquiridos diretamente de um plano de seguro de saúde ou por meio de um empregador, um corretor ou um mercado de seguro de saúde público (também conhecido como bolsa de seguros).

Seguro primário (ou pagador primário): Para pessoas com mais de uma fonte de seguro de saúde, o seguro primário é sua principal fonte de cobertura que paga primeiro, a menos que um determinado serviço ou produto de saúde não seja coberto.

Autorização prévia (ou pré-autorização): A exigência por um plano de saúde que, antes de a cobertura ser permitida, decide se um tratamento ou medicamento é clinicamente necessário.

Rede do provedor: Um grupo de prestadores de serviços de saúde, estabelecimentos de saúde e fornecedores contratados por uma seguradora para fornecer serviços e produtos.

Seguro de saúde financiado pelo governo: Uma entidade pública que facilita a aquisição de seguro de saúde comercial privado quando o seguro patrocinado pelo empregador não está disponível ou é inacessível. Indivíduos com renda limitada que obtêm cobertura por meio do mercado de seguros públicos podem se qualificar para subsídios governamentais para ajudar a reduzir prêmios ou compartilhamento de custos ou ambos.

Taxas razoáveis e habituais: Cobranças feitas pelo seu plano de saúde para um determinado serviço ou tratamento médico; as taxas consideradas razoáveis e habituais correspondem ao custo geral prevalecente desse serviço na sua área geográfica, calculado pelo seu plano de seguro de saúde.

Encaminhamento: Uma ordem, permissão ou recomendação fornecida pelo clínico geral para que um paciente receba atendimento especializado; por exemplo, alguns indivíduos com SMA podem precisar de encaminhamento para consultar um especialista, como um pneumologista ou um ortopedista.

Seguro secundário/complementar (ou pagador secundário/complementar): Para aqueles com mais de uma fonte de seguro de saúde, uma fonte adicional de cobertura que paga pelos serviços ou custos não cobertos pelo seguro de saúde primário.

TRICARE: Um programa de saúde para militares uniformizados, que inclui membros ativos e aposentados do Exército dos EUA, Força Aérea dos EUA, Marinha dos EUA, Corpo de Fuzileiros Navais dos EUA, Guarda Costeira dos EUA, Corpo Comissionado do Serviço de Saúde Pública dos EUA e Corpo Comissionado do da Associação Nacional Oceânica e Atmosférica, bem como suas famílias em todo o mundo.

- Soldados aposentados podem ser elegíveis para os benefícios TRICARE e VA Care.
- Os membros do serviço que se separam devido a uma doença ou deficiência relacionada ao serviço podem ser elegíveis para benefícios VA e alguns benefícios TRICARE.

Rendimentos não ganhos (Unearned income): Renda derivada de outras fontes que não sejam trabalho, incluindo renda proveniente de propriedade particular (conhecida como renda de propriedade), herança, pensões, investimentos, juros e pagamentos recebidos do bem-estar público.

VA Care (Veterans Affairs): Benefícios de saúde para pessoas que serviram em qualquer uma das forças armadas e foram separadas sob qualquer condição que não fosse desonrosa.

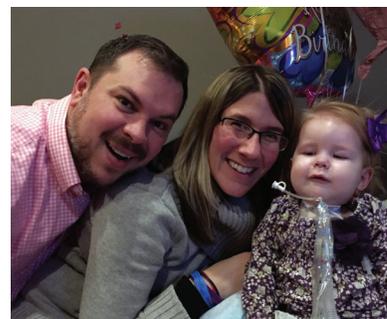
- Os atuais e ex-membros da Reserva ou da Guarda Nacional que foram chamados à ativa por uma ordem federal e completaram o período completo para o qual foram chamados ou ordenados também podem ser elegíveis para benefícios de saúde de VA.
- Soldados aposentados podem ser elegíveis para os benefícios TRICARE e VA Care.
- Os membros do serviço que se separam devido a uma doença ou deficiência relacionada ao serviço podem ser elegíveis para benefícios VA e alguns benefícios TRICARE.

CURE SMA



Cure SMA é uma organização sem fins lucrativos e a maior rede mundial de familiares, médicos e cientistas que trabalham juntos para avançar a pesquisa em SMA, apoiar indivíduos afetados/ cuidadores e ensinar o público e as comunidades de profissionais sobre SMA.

Cure SMA é um recurso de apoio não tendencioso. Estamos aqui para ajudar a todos os indivíduos que vivem com SMA e seus entes queridos, e não preconizamos nenhuma opção ou decisões específicas. Os indivíduos e cuidadores fazem diferentes escolhas sobre o que é melhor para sua situação de modo compatível com suas crenças pessoais. Os pais e outros importantes membros da família devem poder discutir suas impressões sobre esses tópicos e fazer perguntas à equipe de cuidados da SMA. Tais decisões não devem ser tomadas de modo leviano e todas as opções devem ser cuidadosamente consideradas e pesadas. Todas as opções relacionadas à SMA são altamente pessoais e devem refletir os valores da pessoa, bem como o que é melhor para cada uma delas e seus cuidadores.



Cure SMA está aqui para apoiar você. Para continuar a aprender, consulte os folhetos disponíveis da coleção Tratamento:

- Informações básicas sobre respiração
- Escolhas de cuidados
- Genética da SMA
- Sistema musculoesquelético
- Informações básicas sobre nutrição
- Entendendo a SMA



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 • Fax 847.367.7623 • info@cureSMA.org • cureSMA.org

Última atualização em fevereiro de 2020