



CURE SMA

CHOICE AND CONNECTION TO CARE

UN GHID AL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE PENTRU PERSOANELE
CARE TRĂIESC CU ATROFIE MUSCULARĂ SPINALĂ (AMS)
ȘI ÎNGRIJITORII ACESTORA



Make today a
breakthrough.

INTRODUCERE

Atunci când îngrijiți o persoană apropiată care are AMS sau când vă confrunțați cu un nou diagnostic de AMS, deciziile pe care trebuie să le luați pot părea copleșitoare, în special atunci când încercați să înțelegeți cum funcționează asigurările de sănătate și să estimați care vor fi costurile pentru asistență medicală. Un prim pas fundamental pentru a vă asigura că aveți cea mai eficientă, adecvată și cuprinzătoare îngrijire pentru situația dumneavoastră îl constituie informarea cu privire la resursele disponibile și cum să vă orientați când vine vorba de acestea.



Acest set de instrumente este conceput pentru a servi drept ghid pentru maximizarea acoperirii dumneavoastră medicale și pentru a vă asigura că răspunde nevoilor familiei dumneavoastră. Acesta oferă o privire de ansamblu cu privire la:

- Diferitele tipuri de asigurări de sănătate disponibile.
- Resurse care vă ajută să înțelegeți diferitele tipuri de acoperire medicală și termenii aferenți.
- Profilul de calificare al asigurărilor pentru familiile afectate de AMS.
- Cum funcționează acoperirea și ce poate acoperi asigurarea.
- Cum se calculează costurile estimate.
- Cum să găsiți ajutor pentru a acoperi costurile care este posibil să nu fie acoperite de planurile tradiționale de asigurare de sănătate.
- Cum să discutați cu companiile de asigurare despre opțiunile de asigurare și noile tratamente.



Mulți dintre termenii folosiți în această broșură sunt definiți în glosarul care începe la pagina 12. Termenii care sunt definiți în glosar apar în litere îngroșate prima oară când apar în text.



ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE PE SCURT

Legea actuală îi motivează pe americani să își cumpere asigurare de sănătate. Deținerea unei polițe de asigurare de sănătate este cea mai bună modalitate de a vă proteja familia împotriva facturilor medicale mari și de a evita această penalizare.

În Statele Unite, există două tipuri majore de asigurări de sănătate:

- **Asigurare de sănătate privată** (cunoscută și drept **asigurare de sănătate comercială**), care este orice plan de asigurare de sănătate achiziționat pe cale privată; de multe ori asigurările private de sănătate sunt disponibile prin intermediul unui angajator.
- **Asigurare de sănătate finanțată de guvern**, care înseamnă beneficii de asigurare oferite printr-un program guvernamental, cum ar fi **Social Security, Medicare, Medicaid** sau **Children's Health Insurance Program (CHIP)**.

MEDICARE? MEDICAID?

Care este diferența?

Medicare este un program al guvernului federal care oferă acoperire persoanelor cu vârste peste 65 de ani și pentru cele cu anumite dizabilități.

Medicaid și programul de asigurări de sănătate pentru copii Children's Health Insurance Program (CHIP) sunt programe administrate de stat, care oferă acoperire persoanelor cu venituri mici și copiilor cu dizabilități și nevoi speciale.

Pentru a afla mai multe despre asigurările de sănătate finanțate de guvern și pentru a vă determina eligibilitatea, vizitați **CMS.gov**.



DESPRE ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE PRIVATE

- Există multe tipuri diverse de planuri private de asigurări de sănătate, cunoscute și sub numele de asigurări de sănătate comerciale. Fiecare plan de asigurare este unic și oferă eșaloane diferite de acoperire. Asigurarea dumneavoastră va avea **prime, costuri care îi revin asiguratului, furnizori din afara rețelei companiei de asigurări** disponibili și alte aspecte diferite. Sunați-vă compania de asigurări pentru a afla mai multe despre aspectele acoperite de planul dumneavoastră de asigurare.

DESPRE ASIGURAREA DE SĂNĂTATE FINANȚATĂ DE GUVERNUL FEDERAL

Multe persoane beneficiază de asigurare de sănătate prin intermediul programelor finanțate de guvernele federale sau de stat, inclusiv programe precum:

- Medicaid
- Medicare
- CHIP
- **TRICARE** (prin intermediul Departamentului de Apărare al S.U.A., U.S. Department of Defense)
- **VA Care** (prin intermediul Departamentului Afacerilor Veteranilor din S.U.A., U.S. Department of Veterans Affairs)

Este important să stabiliți care este acoperirea medicală potrivită pentru dumneavoastră și familia dumneavoastră. Dacă dumneavoastră sau cineva din gospodăria dumneavoastră trăiește cu AMS, este posibil să existe mai multe planuri de asigurare din care să alegeți, în funcție de unde locuiți și de eligibilitatea privind veniturile/resursele.

Pentru a găsi planul de asigurare care funcționează cel mai bine pentru dumneavoastră și familia dumneavoastră, primele întrebări care trebuie adresate și la care trebuie să găsiți răspunsuri sunt:

- Mă calific eu sau persoana apropiată pentru asigurare oferită de guvern?
- (Dacă sunteți angajat(ă)) Ce asigurări sunt oferite prin angajatorul meu?
- Dacă sunteți căsătorit(ă)) Asigurarea mea sau a soțului meu/soției mele este cea mai bună opțiune pentru familia mea?



OBȚINEREA ASIGURĂRII DE SĂNĂTATE FINANȚATE DE GUVERN

Este posibil ca dumneavoastră și familia dumneavoastră să aveți deja asigurare de sănătate privată în momentul diagnosticării cu AMS. Cu toate acestea, este posibil să vă calificați și pentru programe guvernamentale care să vă ajute să plătiți cheltuielile care nu sunt acoperite de asigurarea dumneavoastră de sănătate privată.

Primul pas pentru a vă putea califica pentru asistență guvernamentală este primirea unei confirmări oficiale a diagnosticului de AMS din partea U.S. Social Security Administration. În majoritatea statelor, dacă o persoană cu AMS se califică pentru beneficii de **venituri suplimentare Supplemental Security Income, SSI**, aceasta se califică automat pentru Medicaid.



PENTRU A SOLICITA BENEFICII SSI

Dacă copilul dumneavoastră are AMS, consultați pachetul inițial pentru asigurări sociale pentru copii cu dizabilități la **ssa.gov/disability/disability_starter_kits_child_eng.htm**. Acest pachet conține răspunsuri la întrebările frecvente despre solicitarea beneficiilor SSI pentru copii și include o fișă de lucru care vă va ajuta să colectați informațiile de care aveți nevoie.

1. Contactați imediat Social Security pentru a afla dacă veniturile și resursele dumneavoastră se încadrează în limitele corespunzătoare de eligibilitate și pentru a începe procesul de solicitare a SSI. Puteți suna gratuit la 800.772.1213.
2. Completați raportul online privind copiii cu dizabilități, Child Disability Report, la **ssa.gov/childdisabilityreport**. La sfârșitul raportului, agenția Social Security vă va cere să semnați un formular care îi acordă **furnizorilor(ilor) de îngrijire primară al/ai copilului dumneavoastră** permisiunea de a oferi informații despre diagnosticul copilului dumneavoastră. Acest lucru va permite agenției să ia o decizie cu privire la cererea dumneavoastră.

Vizitați **socialsecurity.gov** sau sunați gratuit la 800.772.1213 sau la numărul cu teleximprimator TTY al agenției Social Security, 800.325.0778, pentru a afla mai multe despre **eligibilitatea** dumneavoastră. De asemenea, puteți accesa **ssa.gov/ssi/text-child-ussi.htm**.



VENITUL SUPLIMENTAR DE ASIGURARE SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)

SSI efectuează plăți lunare persoanelor care au venituri limitate (bani primiți) și resurse (articole deținute/proprietăți) și care:

- Au vârsta de 65 de ani sau peste;
- Sunt oarbe sau
- Cu dizabilități.

Venitul include banii pe care îi primiți sub formă de salarii de la un angajator, beneficii de asigurare socială sau plăți de pensie. Venitul include, de asemenea, lucruri precum hrană și adăpost. Suma pe care o puteți primi în fiecare lună în condițiile în care vă calificați în continuare pentru SSI depinde parțial de unde locuiți.

Sunați la Social Security la numărul 800.772.1213 pentru a afla care sunt limitele de venit în statul dumneavoastră. Resursele folosite pentru a decide dacă vă calificați pentru SSI includ bunuri imobiliare, conturi bancare, numerar, acțiuni și obligațiuni. Este posibil să puteți primi SSI dacă resursele dumneavoastră valorează 2.000 USD sau mai puțin sau, în cazul în care sunteți un cuplu, 3.000 USD sau mai puțin. Pentru a afla mai multe despre cerințele de eligibilitate și beneficiile SSI, vizitați [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).

Notă: Dacă primiți SSDI (Social Security Disability Insurance, asigurare de dizabilitate de la Social Security), veți fi înscris(ă) automat în Medicare după doi ani pentru facturile acumulate în urma internărilor în spital sau pentru serviciile medicale în ambulatoriu și pentru alte servicii medicale.

Este important să rețineți că, chiar dacă nu vă calificați pentru beneficiile oferite de Social Security, este posibil să vă calificați pentru alte asistență guvernamentală, cum ar fi Medicaid. (Vezi pagina următoare.)

Ce constituie venit?

Social Security utilizează diferite tipuri de venit pentru a calcula plata SSI și pentru a determina dacă îndepliniți limita de resurse pentru SSI.

Venitul obținut reprezintă compensații săptămânale, salarii, bacșișuri și alte tipuri de compensații imposibile ale angajaților; beneficii în urma grevelor de sindicat; prestații de dizabilitate pe termen lung primite înainte de vârsta minimă de pensionare; și câștigurile nete din activități independente.

Venitul neobținut provine din surse altele decât munca. Acesta include venitul ca rezultat al deținerii de proprietăți (cunoscut drept venit din proprietate), moșteniri, pensii, investiții, dobânzi și plăți primite din partea serviciilor de asistență socială publică.

Venitul în natură este venitul care este obținut în bani. Acesta include numeroase beneficii pentru angajați și bunuri și servicii furnizate de guvern, cum ar fi drumuri fără taxă, bonuri de masă, școli publice sau medicină socializată.

Venitul considerat este porțiunea din venitul și resursele soțului/soției dumneavoastră care nu se califică, care sunt considerate a fi ale dumneavoastră dacă sunteți căsătoriți.

MEDICAID

Medicaid este un program administrat de stat, finanțat atât din fonduri de stat, cât și din fonduri federale. Medicaid oferă acoperire medicală la preț redus, uneori gratuită, persoanelor cu venituri și resurse limitate, persoanelor care trăiesc cu dizabilități și femeilor însărcinate. Pentru familiile care au un apropiat care trăiește cu AMS, beneficiile Medicaid pot include vizite la furnizorul de asistență medicală, analize medicale, vizite la spital și transport la vizite, echipamente și alte servicii, în funcție de beneficiile și serviciile specifice acoperite de programul din statul dumneavoastră.

Chiar dacă venitul dumneavoastră depășește nivelurile tradiționale ale veniturilor pentru calificare, este posibil să vă puteți califica pentru Medicaid prin extinderea Medicaid sau prin regulile de „cheltuială în jos”. Unele state au extins acoperirea Medicaid pentru a include rezidenții cu venituri pe gospodărie sub 133% din nivelul federal de sărăcie. Accesați [healthcare.gov/lower-costs/](https://www.healthcare.gov/lower-costs/) pentru a afla dacă vă calificați numai pe baza venitului. Pe baza regulilor de „cheltuială în aval”, puteți scădea cheltuielile medicale din venit pentru a deveni eligibil(ă) pentru Medicaid. Aflați dacă vă calificați accesând [medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic](https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medic)

În plus, este posibil să aveți un venit și să mențineți atât eligibilitatea SSI, cât și beneficiile Medicaid pentru asigurarea de sănătate, până la un prag de câștig specificat prin Secțiunea 1619b. Dacă vă calificați pentru SSI, aveți Medicaid pentru asigurarea dumneavoastră de sănătate și sunteți angajat(ă), Secțiunea 1619b vă permite să lucrați și să păstrați acoperirea Medicaid fără o reducere a cheltuielilor Medicaid. Puteți continua să fiți eligibil(ă) pentru acoperirea Medicaid până când venitul dumneavoastră anual brut atinge o anumită sumă (pragul de venit variază anual în funcție de stat). Excepțiile de la acest stimulente de muncă apar în cazul în care nu mai aveți nevoie de Medicaid sau dacă acumulați mai mult decât limita Medicaid de resurse a statului dumneavoastră.

Accesați www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm pentru a afla mai multe despre Secțiunea 1619(b). Vedeți dacă venitul dumneavoastră se încadrează în intervalul de eligibilitate pentru Medicaid, accesând [healthcare.gov/lower-costs](https://www.healthcare.gov/lower-costs/). Chiar dacă nu vă calificați numai pe baza venitului, este recomandat să depuneți o cerere.

PROGRAME MEDICAID DE SCUTIRE

Persoanele care trăiesc cu AMS și cei dragi acestora se pot califica pentru alte ajutoare Medicaid care nu se bazează numai pe venit. Scutirile în cazul Medicaid vă pot ajuta să beneficiați de servicii suplimentare și să dispuneți de acoperire integrală Medicaid, astfel încât dumneavoastră sau persoana apropiată să puteți primi îngrijire pe termen lung în sânul propriei comunități.

Nu toate statele au aceleași reguli și beneficii. Guvernul federal permite statelor să solicite scutiri de la regulile tradiționale Medicaid, astfel încât să poată oferi o serie de opțiuni inovatoare în statul în care activează. Pentru a afla mai multe despre scutirile disponibile în statul dumneavoastră, **accesați [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov)**. Apoi, în meniul derulant Medicaid, selectați „State Waivers” (Scutiri stat) la secțiunea „Section 1115 Demonstration” (Secțiunea 1115 Demonstrație).

Kidswaivers.org este o altă resursă utilă pentru a afla mai multe despre scutirile disponibile în cadrul Medicaid.

Scutiri de mutare și Medicaid

Deoarece scutirile Medicaid sunt diferite de la stat la stat, rețineți că serviciile de scutire nu se vor transfera în alte state și multe state au deja o listă de așteptare cu persoane care doresc să beneficieze de servicii prin scutire.

Eligibilitate pentru Medicaid și CHIP

Eligibilitatea pentru Medicaid și CHIP variază de la stat la stat. Rețineți că puteți fi eligibil(ă) doar pentru Medicaid SAU doar pentru CHIP, nu pentru ambele. Puteți face cerere pentru Medicaid sau CHIP prin două modalități:

- Prin intermediul platformei Health Insurance Marketplace creând un cont pentru a trimite o cerere: [healthcare.gov/create-account](https://www.healthcare.gov/create-account).
- Prin intermediul agenției Medicaid a statului dumneavoastră. Găsiți informații de contact pentru statul dumneavoastră la [healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip).

De asemenea, nu există o perioadă limitată de înscriere pentru Medicaid sau CHIP. Dacă dumneavoastră/persoana apropiată vă calificați, acoperirea poate începe imediat în orice moment al anului.

Rețineți că, în unele state, nu există nicio diferență între Medicaid și CHIP în ceea ce privește beneficiile și cerințele de eligibilitate. În alte state, CHIP este un program separat de Medicaid, care asigură copiii care sunt mai mari sau copiii din familii cu venituri peste plafonul de eligibilitate pentru Medicaid al statului.

Aflați mai multe despre Medicaid și CHIP în statul dumneavoastră, accesând [medicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html](https://www.medicaid.gov/medicaid/by-state/by-state.html)



MEDICARE

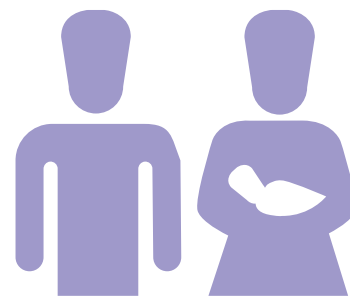
Medicare este un program federal de asigurări de sănătate care oferă acoperire persoanelor care au 65 de ani sau peste și celor sub 65 de ani care au anumite dizabilități, cum ar fi AMS

Vedeți dacă vă calificați pentru Medicare accesând [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/](https://www.Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc/)



PROGRAMUL DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU COPII (CHIP)

CHIP oferă asigurare de sănătate la costuri reduse pentru copiii din familiile care au venituri ce depășesc sumele de calificare pentru Medicaid, dar nu își pot permite altă asigurare de sănătate. Pentru copiii care se califică pentru CHIP nu va fi necesară achiziționarea unui plan de asigurare de sănătate privat. Asemănător programului Medicaid, CHIP vă poate ajuta să plătiți pentru echipamente, tratament și servicii necesare pentru îngrijirea AMS.



Pentru familiile care au un copil cu AMS, Medicaid și CHIP sunt programele care cel mai probabil vă vor ajuta să plătiți pentru costul îngrijirii copilului dumneavoastră. Puteți afla mai multe despre aceste programe la [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov).



Este posibil ca programele Medicaid și CHIP să aibă un alt nume în statul dumneavoastră. Găsiți numele acestor programe de asistență medicală în statul dumneavoastră la [healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/).



EXPLICAȚII PRIVIND SERVICIILE ACOPERITE DE ASIGURAREA DE SĂNĂTATE ȘI MODUL ÎN CARE SUNT RESPINSE CERERILE DE REVENDICARE DE CĂTRE COMPANIILE DE ASIGURARE

Toate asigurările de sănătate sunt diferite și mulți factori pot influența serviciile, tratamentul și echipamentele acoperite. Deoarece gestionarea asistenței medicale de care beneficiați dumneavoastră sau persoana apropiată poate fi complexă, este util să mențineți un dialog continuu privind acoperirea cu compania dumneavoastră de asigurări.

Pentru a înțelege pe deplin ceea ce este acoperit – și pentru a ajuta la prezicerea și evitarea oricăror refuzuri când depuneți cereri de revendicare – nu uitați să adresați următoarele întrebări:

- În medie, cererile pentru [SERVICIU/TRATAMENT/ECHIPAMENT] sunt aprobate în general conform planului meu de asigurări de sănătate?
- În general, care este procesul dumneavoastră pentru a determina dacă tratamentul sau echipamentul sunt **necesare din punct de vedere medical**? Ce informații și/sau documente specifice sunt necesare pentru a determina dacă un tratament sau echipament este necesar din punct de vedere medical?
- Oferiți excepții pentru afecțiunile rare? Dacă da, puteți da exemple de astfel de excepții?
- Dacă depun mai multe cereri pentru tratament sau echipament, acest lucru îmi va afecta prima de asigurare lunară?
- Acoperiți echipamente medicale durabile (Durable Medical Equipment, DME)?

Legea federală obligă compania dumneavoastră de asigurări de sănătate să răspundă unei cereri de revendicare. Perioadele de răspuns obligatorii sunt:

- În termen de 15 zile dacă solicitați autorizare înainte de tratament, denumită de obicei „**autorizare prealabilă**”;
- În termen de 30 de zile pentru serviciile medicale pe care le-ați primit deja; și
- În termen de 72 de ore pentru probleme medicale urgente

Se recomandă documentarea conversațiilor cu companiile de asigurări: notați data, ora, durata și detaliile conversației, precum și numele și/sau orice număr de identificare al persoanei cu care vorbiți. Crearea unui dosar cu documente de evidență poate fi utilă atunci când depuneți **contestații** pentru respingerea cererii de revendicare.



CE TREBUIE SĂ FACEȚI ATUNCI CÂND ESTE RESPINSĂ O CERERE DE REVENDICARE?

Refuzurile din partea companiilor de asigurare au loc din mai multe motive. Este posibil ca asigurătorul dumneavoastră să respingă cereri de revendicare pentru orice nu este considerat necesar din punct de vedere medical. De exemplu, un scaun cu roțile sau un dispozitiv de asistență respiratorie poate fi respins dacă compania dumneavoastră de asigurări este de părere că **echipamentul medical durabil (DME)** nu reprezintă o necesitate medicală.

Poate fi atât frustrant, cât și înfricoșător să primiți o notificare conform căreia compania dumneavoastră de asigurări nu va plăti pentru tratament sau echipament. Cu toate acestea, există protecții și legi care vă permit să contestați decizia companiei de asigurare și să demonstrați că un tratament și/sau un medicament este necesar din punct de vedere medical.

Deși următorii pași se aplică în general majorității planurilor de asigurare, vă sugerăm să luați legătura cu compania dumneavoastră de asigurări pentru a fi sigur(ă) că respectați toate cerințele specifice privind contestațiile. Acest lucru vă poate ajuta să vă asigurați că îndepliniți cerințele acestora, lucru care poate fi de importanță majoră în cadrul procesului de contestație.

În general, dacă cererea dumneavoastră este respinsă, puteți depune oficial o contestație urmând acești pași cheie:

- **Pasul 1: Contestație internă.** În urma respingerii inițiale, ar trebui să aveți posibilitatea de a solicita o contestație internă. Pentru a depune o contestație inițială, scrieți o scrisoare către compania dumneavoastră de asigurări care să demonstreze de ce un anumit tratament sau echipament este necesar din punct de vedere medical. Informație utilă: Contestațiile care provin de la medicul dumneavoastră folosind termenul „necesar din punct de vedere medical” au de obicei mai mult succes.
- **Pasul 2: Evaluare externă.** În cazul în care compania dumneavoastră de asigurări respinge contestația internă, aveți dreptul de a solicita o „evaluare externă”, în cadrul căreia un expert medical independent va analiza cazul dumneavoastră. Trebuie să depuneți o cerere scrisă pentru o evaluare externă în termen de 60 de zile de la respingerea contestației dumneavoastră interne.
- **Pasul 3: Evaluare externă accelerată.** Dacă dumneavoastră sau persoana apropiată vă confrunțați cu o situație de sănătate urgentă, puteți solicita efectuarea unui evaluări externe în paralel cu evaluarea internă în scopul accelerării procesului. Fiecare stat are reguli diferite pentru procesul de evaluare externă. Centers for Medicare & Medicaid Services – agenția federală care supraveghează asistența medicală finanțată de guvern – oferă o privire de ansamblu asupra liniilor directe din statul dumneavoastră.

Ce este echipamentul medical durabil (DME)?

DME este un echipament necesar din punct de vedere medical pe care medicul dumneavoastră îl prescrie pentru utilizare acasă la dumneavoastră. Doar medicul dumneavoastră vă poate prescrie echipamente medicale. DME îndeplinesc aceste criterii:

- Sunt durabile (pot rezista la utilizarea repetată)
- Sunt folosite în scopuri medicale
- De obicei nu sunt utile persoanelor care nu sunt bolnave sau rănite
- Se folosesc în casa dumneavoastră
- Au o durată de viață estimată de cel puțin trei ani

Exemple de DME specifice persoanelor care trăiesc cu AMS includ:

- Cărucioare adaptive
- Scaune de baie
- Presiune pozitivă pe două niveluri în căile respiratorii (BiPAP sau BPAP)
- Suporturi corectoare
- Suporturi pentru statul în picioare
- Dispozitiv de asistență respiratorie
- Scaune cu roțile



CUM PUTEȚI ÎNȚELEGE ȘI GESTIONA COSTURILE PENTRU ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Când vine vorba de plata asigurării de sănătate, este util să aveți o idee despre costurile pe care dumneavoastră și familia dumneavoastră le veți întâmpina. Există instrumente care vă ajută să estimați și să comparați costurile asociate cu asigurarea dumneavoastră de sănătate, inclusiv **coasigurare**, **coplăți** și deductibile. Pe lângă aplicațiile de bugetare pe care le puteți descărca de pe telefonul dumneavoastră smartphone, organizații precum Fair Health Consumers oferă un calculator care să vă ajute la estimarea costurilor pentru procedurile și serviciile medicale în codul poștal în care primiți îngrijiri medicale. Indiferent dacă sunteți asigurat(ă) sau neasigurat(ă), fișa cu costurile estimative pe care o primiți va indica cât este posibil să vi se ceară să plătiți pentru îngrijirea dumneavoastră. Aflați mai multe la fairhealthconsumer.org/medicalcostlookup.php.

ÎN AFARA REȚELEI

Deoarece AMS este considerată o afecțiune rară, poate fi dificil să găsiți un medic care să cunoască toate aspectele afecțiunii și greutățile asociate acesteia. De aceea, este important să știți ce furnizori de asistență medicală și ce unități sunt acoperite de planul dumneavoastră de asigurări de sănătate.

Companiile de asigurări gestionează și prevăd costurile prin crearea de **rețele de furnizori** (adică contracte cu medici, spitale și alți profesioniști din domeniul sănătății, cu așteptarea ca aceștia să ofere îngrijire la tarife negociate). Vizitarea unui furnizor de asistență medicală sau a unui spital din rețeaua asigurării dumneavoastră (**furnizor din rețea**) are o serie de beneficii, inclusiv costuri care îi revin asiguratului mai mici și beneficii mai generoase în ceea ce privește asigurarea. Cu toate acestea, asigurătorii au restrâns rețelele în ultimii ani pentru a menține costurile la un nivel scăzut. Ca urmare, există probabilitatea ca nu fiecare medic, spital sau unitate de tratament medical să fie acoperit de planul dumneavoastră de asigurări de sănătate. Compania dumneavoastră de asigurări oferă liste cu furnizori pentru a vă ajuta să înțelegeți ce furnizori de asistență medicală și ce spitale sunt incluse în rețeaua dumneavoastră.

COSTURI OUT-OF-POCKET CARE ÎI REVIN ASIGURATULUI

Multe planuri de asigurări de sănătate percep acum prime mai mari și impun costuri mai mari pacienților, iar acest lucru îi afectează și mai mult pe cei care trăiesc cu AMS și pe îngrijitorii acestora. Cu toate acestea, există resurse disponibile, care vă vor ajuta să estimați și să gestionați costurile de asistență medicală ale familiei dumneavoastră. Trebuie să știți faptul că compania dumneavoastră de asigurări nu vă poate refuza acoperirea, nu vă poate reinnoi acoperirea și nu vă poate percepe o primă de asigurare mai mare din cauza AMS.

Costurile care îi revin asiguratului sunt cheltuielile dumneavoastră pentru asistență medicală, care nu sunt rambursate direct de asigurări, inclusiv:

Primă: suma pe care o plătiți în fiecare lună pentru a avea o asigurare de sănătate, indiferent dacă faceți uz sau nu planul de asigurare.

Plată deductibilă: suma pe care trebuie să o plătiți pentru serviciile de asistență medicală acoperite de planul dumneavoastră de asigurare medicală înainte ca asigurarea să înceapă să plătească.

Coasigurare: procentul pe care îl plătiți pentru costul unui serviciu de asistență medicală acoperit după ce ați plătit orice deductibil aplicabilă.

Coplăți: suma fixă în dolari pe care o plătiți pentru un serviciu de asistență medicală acoperit de asigurare.

În cazul majorității planurilor de asigurări de sănătate se percepe o sumă maximă care îi revine asiguratului, pe care trebuie să o plătiți pentru serviciile acoperite de asigurare pe parcursul unui an de acoperire de către planul de asigurare. Modul în care atingeți această sumă maximă depinde de procentul pe care îl aveți la suma deductibilă și cea de coasigurare.

GLOSAR

Asigurare de sănătate finanțată de guvernul federal: O categorie largă de programe de asigurări de sănătate prin care sunt oferite beneficii de asigurare (de exemplu, Medicare, Medicaid și CHIP).

Asigurare de sănătate finanțată de guvernul federal: O entitate publică care facilitează achiziționarea de asigurare de sănătate comercială privată atunci când asigurarea sponsorizată de angajator nu este disponibilă sau nu este accesibilă. Persoanele cu venituri limitate care obțin acoperire prin intermediul pieței de asigurări publice se pot califica pentru subvenții din partea guvernului federal care să ajute la reducerea primelor sau a partajării costurilor sau ambele.

Asigurare de sănătate privată: Cunoscută și sub denumirea de asigurare comercială, o categorie amplă de acoperire de asigurări de sănătate, în cadrul căreia beneficiile sunt achiziționate direct de la un plan de asigurări de sănătate sau printr-un angajator, un broker sau o piață publică de asigurări de sănătate (cunoscută și sub numele de piață de schimb de asigurări (insurance exchange)).

Asigurare primară (sau plătitor principal): Pentru persoanele cu mai multe surse de asigurare de sănătate, asigurarea primară este principala lor sursă de acoperire care plătește prima, cu excepția cazului în care un anumit serviciu de asistență medicală sau produs nu este acoperit.

Asigurare secundară/suplimentară (sau plătitor secundar/suplimentar): Pentru persoanele care au mai multe surse de asigurare de sănătate, o sursă suplimentară de acoperire care plătește serviciile sau costurile neacoperite de asigurarea primară de sănătate.

Autorizare prealabilă (sau preautorizare): Cerința din partea unui plan de asigurări de sănătate care, înainte să fie aprobată acoperirea, decide dacă un tratament sau un medicament este necesar din punct de vedere medical.

(Children's Health Insurance Plan, CHIP), Programul de asigurări de sănătate pentru copii: Asigurare de sănătate la costuri reduse pentru copiii din familiile care au venituri ce depășesc sumele de calificare pentru Medicaid, dar nu își pot permite altă asigurare de sănătate.

Coasigare: Procentul pe care îl plățiți din costul unui serviciu de asistență medicală acoperit de asigurare, după achitarea oricărei deductibile aplicabile; de exemplu, 5% din suma admisibilă plătită unui medic.

Contestație: O solicitare pentru un plan de asigurare de sănătate în scopul de a reconsidera refuzul acoperirii pentru un anumit serviciu sau produs.

Coplată: O sumă fixă în dolari pe care o plățiți pentru un serviciu de asistență medicală acoperit de asigurarea de sănătate; de exemplu, 20 USD per vizită la medic.

Costuri Out-of-pocket care îi revin asiguratului (uneori numite OOP): Suma de bani pe care o persoană trebuie să o plătească pentru costul serviciilor de asistență medicală acoperite de asigurare, sumă care poate varia în funcție de planul de asigurări de sănătate și poate include deductibile, coasigurări și coplăți.

Dublu-eligibil (beneficiar(i) dublu-eligibil(i), dublu-eligibil(i)): A fi dublu-eligibil – sau un beneficiar dublu-eligibil sau dublu-eligibil – descrie persoanele care se califică atât pentru Medicare, cât și pentru Medicaid. Termenul include persoanele care sunt înscrise în Partea A și/sau Partea B a programului Medicare și care primesc beneficii complete Medicaid și/sau asistență cu primele Medicare sau partajarea costurilor prin intermediul uneia din următoarele categorii de Programe de economii Medicare Savings Program (MSP, MSP):

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)** – Ajută la plata primelor, sumelor deductibile, coasigurărilor și coplăților din Partea A și/sau Partea B.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) Program** – Ajută la plata primelor din Partea B.
- **Qualifying Individual (QI) Program** – Ajută la plata primelor din Partea B.
- **Qualified Disabled Working Individual (QDWI) Program** – Plătește prima de asigurare pentru Partea A pentru anumite persoane care au dizabilități și lucrează.

Echipament medical durabil: Echipamente și consumabile medicale comandate de un furnizor de servicii medicale pentru utilizare zilnică sau prelungită timp de mai mult de trei ani, cum ar fi un scaun cu rotile sau un dispozitiv de asistență respiratorie.

Furnizor de servicii medicale primare: Un profesionist din domeniul sănătății care oferă îngrijire și coordonează accesul la o gamă largă de servicii de asistență medicală.

Furnizor în rețea (sau furnizor preferat): Un furnizor de servicii medicale care a fost contractat de o companie de asigurare pentru a furniza servicii de asistență medicală membrilor sau asiguraților unui plan de asigurare.

Furnizor în afara rețelei (sau furnizor nepreferat): Un furnizor de servicii medicale care nu face parte din rețeaua planului dumneavoastră de asigurare.

Limita Out-of-pocket care îi revine asiguratului: Suma maximă pe care trebuie să o plătiți în decurs de un an, de obicei, înainte ca planul dumneavoastră să înceapă să plătească 100% din costuri.

Medicaid: Un program de asigurări de sănătate care este administrat de guvernul statului pentru a oferi acoperire persoanelor cu venituri mici sau copiilor cu dizabilități și nevoi speciale. În majoritatea statelor, beneficiarii Medicaid sunt de obicei asigurați prin intermediul unuia dintre următoarele programe:

- **Plată per serviciu** – un model de plată în cadrul căruia serviciile sunt degрупate și plătite separat.
- **State Medicaid** – un singur program la nivel de stat administrat de conducerea statului respectiv.
- **Medicaid Managed Care** – un sistem în care pacienții sunt de acord să se prezinte doar la anumiți medici și spitale și în care costul tratamentului este monitorizat de o companie de administrare. Acest program este administrat de către societăți de asigurări private de sănătate contractate de statul dumneavoastră.

Medicare: Un program de asigurări de sănătate al guvernului federal care oferă acoperire persoanelor care au 65 de ani sau peste și celor sub 65 de ani care au anumite dizabilități. Programul Medicare este alcătuit din patru părți:

- **Partea A** – Asigurare pentru spital (îngrijiri medicale la internarea în spital, îngrijiri medicale într-o unitate de îngrijire medicală calificată, îngrijire în ospiciu și unele servicii medicale la domiciliu).
- **Partea B** – Asigurare medicală (servicii medicale oferite de medici, îngrijire în ambulatoriu, echipament medical durabil, servicii medicale la domiciliu și numeroase servicii de prevenire).
- **Partea C** – Medicare Advantage (MA) (Companiile de asigurări private aprobate de Medicare oferă toate serviciile din Partea A și Partea B și pot oferi acoperire pentru medicamente eliberate pe bază de rețetă și alte beneficii suplimentare).
- **Partea D** – Prescription Drug Benefit (companiile private aprobate de Medicare oferă acoperire în ambulatoriu pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă).
 - Beneficiarii Medicare care îndeplinesc anumite limite de venit și resurse se pot califica pentru programul de ajutor suplimentar Extra Help Program, care ajută la plata primelor lunare, a sumelor deductibile anuale și a coplăților.

Necesitate medicală: Servicii de asistență sau consumabile medicale care îndeplinesc standardele acceptate de îngrijire și care sunt necesare pentru a preveni, diagnostica sau trata o boală, vătămare, afecțiune, tulburare sau simptomele acesteia.

Partajarea costurilor: Porțiunea din costurile de îngrijire care trebuie plătită de către persoana privată.

Plată deductibilă: Suma pe care trebuie să o plătiți pentru serviciile de asistență medicală acoperite de planul dumneavoastră de asigurare medicală înainte ca asigurarea să înceapă să plătească.

Primă de asigurare: Suma care trebuie plătită de o familie sau de o persoană pentru a obține acoperire medicală, care se plătește de obicei lunar.

Rețea: Instituțiile, medicii și furnizorii cu care planul dumneavoastră de asigurare medicală colaborează pentru a furniza servicii de asistență medicală.

Rețea de furnizori: Un grup de medici, unități de asistență medicală și furnizori contractați de o companie de asigurare pentru a furniza servicii și produse.

Taxe rezonabile și obișnuite: Taxele percepute de planul dumneavoastră de asigurări de sănătate pentru un anumit serviciu sau tratament medical; taxele considerate rezonabile și obișnuite sunt în ton cu costul general curent al serviciului respectiv în zona dumneavoastră geografică, calculate de planul dumneavoastră de asigurări de sănătate.

TRICARE: Un program de asistență medicală pentru membrii serviciilor care poartă uniformă, care include membri activi și pensionari ai Armatei S.U.A., ai Forțelor Aeriene ale S.U.A., ai Infanteriei Marine a S.U.A., U.S. Marine Corps, U.S. Coast Guard, corpului însărcinat al Serviciului de Sănătate Publică din S.U.A. și Commissioned Corps of the U.S. Public Health Service și Commissioned Corps of the National Oceanic and Atmospheric Association, precum și familiile acestora din întreaga lume.

- Soldații pensionați se pot califica atât pentru beneficiile TRICARE, cât și pentru VA Care pentru veterani.
- Membrii acestor servicii care părăsesc serviciul din cauza unei boli sau dizabilități legate de serviciu pot fi eligibili pentru beneficii VA și anumite beneficii TRICARE.

Trimitere: O comandă, o permisiune sau o recomandare oferită de furnizorul de asistență medicală primară pentru ca un pacient să primească îngrijiri de specialitate; de exemplu, unele persoane cu AMS pot avea nevoie de o trimitere pentru a merge la un specialist, cum ar fi medicul pneumolog sau ortoped.

VA Care: Beneficii de asistență medicală pentru persoanele care au făcut parte din oricare dintre forțele armate și au părăsit serviciul în orice altă situație decât cea de eliberare dezonorantă.

- Membrii actuali și foști ai Reserves sau National Guard care au fost chemați la serviciu activ în urma unui ordin federal și au încheiat întreaga perioadă pentru care au fost chemați sau înscriși se pot califica, de asemenea, pentru beneficii de sănătate VA.
- Soldații pensionați se pot califica atât pentru beneficiile TRICARE, cât și pentru VA Care pentru veterani.
- Membrii acestor servicii care părăsesc serviciul din cauza unei boli sau dizabilități legate de serviciu pot fi eligibili pentru beneficii VA și anumite beneficii TRICARE.

Venit considerat: Partea din venitul și resursele soțului/soției dumneavoastră care sunt considerate a fi ale dumneavoastră.

Venit în natură: Venituri altele decât bani. Acesta include numeroase beneficii pentru angajați și bunuri și servicii furnizate de guvernul federal, cum ar fi drumuri fără taxă, bonuri de masă, școli publice sau medicină socializată.

Venit neobținut: Venitul provenit din surse altele decât munca, inclusiv venitul obținut ca rezultat al deținerii de proprietăți (cunoscut drept venit din proprietate), moșteniri, pensii, investiții, dobânzi și plăți primite din partea serviciilor de asistență socială publică.

Venitul obținut: Venitul obținut din compensații săptămânale, salarii, bacșișuri și alte tipuri de compensații impozabile ale angajaților; beneficii în urma grevelor de sindicat; prestații de dizabilitate pe termen lung primite înainte de vârsta minimă de pensionare; și câștigurile nete din activități independente.

CURE SMA



Cure SMA este o organizație non-profit și cea mai mare rețea la nivel mondial de familii, medici și oameni de știință care cooperează pentru a înregistra progrese în domeniul cercetării AMS, pentru a sprijini persoanele afectate/îngrijitorii și pentru a educa publicul și comunitățile profesionale despre AMS.

Cure SMA este o resursă pentru un sprijin imparțial. Suntem aici pentru a ajuta toate persoanele care trăiesc cu AMS și pe apropiații lor și nu susținem alegeri sau decizii specifice. Persoanele și îngrijitorii fac alegeri diferite cu privire la ceea ce este cel mai bine pentru situația lor, în concordanță cu convingerile lor personale. Părinții și alți membri importanți ai familiei ar trebui să poată discuta despre ceea ce simt referitor la aceste subiecte și să pună întrebări echipei lor de îngrijire AMS. Astfel de decizii nu trebuie luate cu ușurință și toate opțiunile trebuie analizate și cântărite cu atenție. Toate alegerile cu privire la AMS sunt extrem de personale și ar trebui să reflecte valorile personale, precum și ceea ce este mai bine pentru fiecare persoană și persoanele care o îngrijesc.



Cure SMA este aici pentru a vă ajuta. Pentru a vă îmbunătăți cunoștințele în continuare, vă rugăm să consultați broșurile disponibile Care Series:

- Noțiuni de bază despre respirație
- Alegeri atente
- Genetica AMS
- Sistemul musculo-scheletal
- Noțiuni de bază despre nutriție
- Înțelegerea AMS



twitter.com/cureSMA



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



facebook.com/cureSMA



youtube.com/user/FamiliesofSMA1



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



800.886.1762 · Fax 847.367.7623 · info@cureSMA.org · cureSMA.org

Ultima actualizare februarie 2020