



CURE SMA

CARE-SERIES-BROSCHÜRE

EIN WEGWEISER ZUR KRANKENVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT SPINALER MUSKELATROPHIE (SMA) UND IHRE BETREUER

WAHLMÖGLICHKEITEN UND ZUGANG ZU BEHANDLUNG UND VERSORGUNG

INHALTSVERZEICHNIS

SEITE #	ABSCHNITT
3	EINLEITUNG
4	KRANKENVERSICHERUNG IM ÜBERBLICK
5	ÜBER DIE PRIVATVERSICHERUNG
5	ÜBER DIE STAATLICH FINANZIERTE VERSICHERUNG
8	ÜBER STAATLICH FINANZIERTE PROGRAMME
9	VERFÜGBARE RESSOURCEN
10	VERSTEHEN, WAS DIE KRANKENVERSICHERUNG ABDECKT
11	ZUGANG ZU ABGEDECKTEN LEISTUNGEN
12	WAS DIE VERSICHERUNG MÖGLICHERWEISE ABDECKT
13	VERSTEHEN VON VERSICHERUNGSANSPRÜCHEN, ABLEHNUNGEN UND WIDERSPRÜCHEN
13	HÄUFIGE GRÜNDE FÜR DIE ABLEHNUNG VON BEHANDLUNGEN
14	SO KÖNNEN SIE VORGEHEN, WENN EIN LEISTUNGSANTRAG ABGELEHNT WIRD
16	KOSTEN DER GESUNDHEITSFÜRSORGE VERSTEHEN UND KONTROLLIEREN
16	AUSSERHALB DES NETZWERKS
17	SELBSTBETEILIGUNGSKOSTEN
17	UNTERSTÜTZUNG FÜR SELBSTBETEILIGUNGSKOSTEN BEI BEHANDLUNGEN
18	GLOSSAR

EINLEITUNG

Sich in der Krankenversicherung zurechtzufinden und Ihre Gesundheitskosten abzuschätzen, kann überwältigend sein.

Dieses Handbuch soll Ihnen als Leitfaden dienen, um Ihren Versicherungsschutz zu verstehen und sicherzustellen, dass er Ihren Bedürfnissen entspricht. Es bietet einen Überblick über Folgendes:

- die verschiedenen Arten von Krankenversicherungen
- Ressourcen, die Ihnen die verschiedenen Arten von Krankenversicherungen und die damit verbundenen Begriffe näher erklären
- wie Absicherung funktioniert und was die Versicherung möglicherweise abdeckt
- worauf Sie bei der Überprüfung von Versicherungsunterlagen achten und wonach Sie fragen sollten
- wie Sie mit Versicherern über Versicherungsoptionen und neue Behandlungen sprechen können
- wie Sie mit Versicherungsablehnungen und Widersprüchen umgehen
- wie Sie Hilfe zur Deckung von Kosten finden, die von einer herkömmlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden





KRANKENVERSICHERUNG IM ÜBERBLICK

Die Krankenversicherung hilft, sowohl Ihre Gesundheit als auch Ihre Finanzen zu schützen. Mit Versicherungsschutz können Sie die Versorgung erhalten, die Sie benötigen, und gleichzeitig das Risiko hoher medizinischer Rechnungen senken.

In den Vereinigten Staaten gibt es im Wesentlichen zwei Arten von Krankenversicherungen:

- **Private Krankenversicherung** (auch bekannt als **nicht staatlich finanzierte Krankenversicherung**), also jeder Krankenversicherungsplan, der privat abgeschlossen wird; häufig ist eine private Krankenversicherung über den Arbeitgeber erhältlich.
- **Staatlich finanzierte Krankenversicherung**, d. h. Versicherungsleistungen, die durch ein staatliches Programm wie **Medicare**, **Medicaid** oder die **Krankenversicherung für Kinder** (Children's Health Insurance Program, CHIP) bereitgestellt werden.

Es ist wichtig, den richtigen Krankenversicherungsschutz zu finden. Wenn Sie oder jemand in Ihrem Haushalt mit SMA lebt, haben Sie je nach Wohnort und Einkommen/Vermögen möglicherweise die Wahl zwischen mehreren Krankenversicherungsplänen.

Um den Versicherungsplan zu finden, der für Sie und/oder Ihre Familie am besten geeignet ist, sollten Sie sich einige Fragen stellen und beantworten:

- Haben ich oder mein Angehöriger Anspruch auf eine staatliche Versicherung?
- (Wenn Sie berufstätig sind) Welche Versicherung wird von meinem Arbeitgeber angeboten?
- (Wenn Sie verheiratet sind) Ist meine Versicherung oder die meines Ehepartners die bessere Option für meine Familie?



ÜBER PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGEN

Es gibt viele verschiedene Arten von privaten Krankenversicherungsplänen. Jeder Versicherungsplan ist individuell und bietet einen unterschiedlichen Umfang an Absicherung. Diese werden häufig über einen Arbeitgeber angeboten oder direkt von Einzelpersonen oder Familien abgeschlossen.

- So qualifizieren Sie sich: Sie können sich über Ihren Arbeitgeber, den [Krankenversicherungsmarkt](#) oder direkt bei einer Versicherungsgesellschaft anmelden.
- Was abgedeckt ist: Der Versicherungsschutz hängt vom Tarif ab, kann aber Arztbesuche, Krankenhausversorgung, Medikamente, Transporthilfe, Therapien und Facharztbesuche umfassen.

ÜBER DIE STAATLICH FINANZIIERTE VERSICHERUNG

Staatlich finanzierte Versicherungsprogramme sollen älteren Menschen, Menschen mit geringerem Einkommen und Menschen mit Behinderungen helfen, die Versorgung zu erhalten, die sie benötigen. Möglicherweise sind Sie zum Zeitpunkt der SMA-Diagnose bereits privat krankenversichert. Unter Umständen haben Sie jedoch auch Anspruch auf staatliche Programme, die Ihnen helfen, Kosten zu decken, die von Ihrer privaten Krankenversicherung nicht übernommen werden. Der erste Schritt, um Anspruch auf staatliche Unterstützung zu erhalten, ist der Erhalt einer offiziellen Bestätigung der SMA-Diagnose durch die U.S. Social Security Administration. Um mehr über diesen Prozess zu erfahren, wenden Sie sich an die Behindertenberatungsstelle Ihres Bundesstaates.

Im Folgenden finden Sie staatlich finanzierte Versicherungsprogramme, für die Sie möglicherweise infrage kommen.

MEDICARE

Medicare ist ein bundesstaatliches Krankenversicherungsprogramm für Personen ab 65 Jahren und für Personen unter 65 Jahren mit bestimmten Behinderungen wie SMA. Es kann zusammen mit Medicaid oder einer privaten Krankenversicherung genutzt werden.

- So haben Sie Anspruch, wenn Sie unter 65 sind: Wenn Sie eine anerkannte Behinderung wie SMA haben, können Sie nach zwei Jahren Bezug von Sozialversicherungsleistungen bei Erwerbsunfähigkeit (Social Security Disability Insurance, SSDI) anspruchsberechtigt werden. SSDI ist ein Programm, das monatliche Zahlungen an Personen leistet, die eine anerkannte Diagnose haben, die ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Um zu prüfen, ob Sie anspruchsberechtigt sind, besuchen Sie [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc)
- Was abgedeckt ist: Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Hilfsmittel und vorbeugende Versorgung.
- So stellen Sie einen Antrag: Erfahren Sie mehr unter [medicare.gov](https://www.medicare.gov)





MEDICAID

Medicaid ist ein staatliches Programm, das sowohl mit staatlichen als auch mit Bundesmitteln finanziert wird. Medicaid bietet Personen mit geringem Einkommen und begrenzten Mitteln, Menschen mit Behinderungen und schwangeren Frauen eine kostengünstige, manchmal sogar kostenlose Gesundheitsversorgung.

- So qualifizieren Sie sich: Die Regeln variieren je nach Bundesstaat. Sie können sich durch Einkommensgrenzen oder den Behinderungsstatus qualifizieren. Um mehr über die Einkommens- und Vermögensvoraussetzungen zu erfahren, besuchen Sie www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart. In einigen Bundesstaaten haben Sie möglicherweise automatisch Anspruch auf Medicaid, wenn Sie ergänzende Sozialhilfeleistungen (Supplemental Security Income, SSI) erhalten. Einige Staaten bieten auch Optionen an, bei denen medizinische Ausgaben auf die Anspruchsberechtigung angerechnet werden.
- Was abgedeckt ist: Arztbesuche, Krankenhausversorgung, medizinische Tests, Hilfsmittel, Therapien, Betreuungsdienste und sogar Transport zu Terminen.

SO STELLEN SIE EINEN ANTRAG:

- Beantragen Sie Medicaid über die Medicaid-Niederlassung Ihres Bundesstaates oder HealthCare.gov. Für Medicaid gibt es keine begrenzte Anmeldefrist. Wenn Sie oder Ihr Angehöriger die Voraussetzungen erfüllen, kann der Versicherungsschutz sofort und zu jedem Zeitpunkt im Jahr beginnen. Da die Medicaid-Regeln von Bundesstaat zu Bundesstaat variieren, kann es hilfreich sein, mit Ihrem Gesundheitsdienstleister, einem Medicaid-Sachbearbeiter oder einem lokalen Unterstützungsprogramm zu sprechen, um zu verstehen, wofür Sie möglicherweise anspruchsberechtigt sind und welche Schritte Sie unternehmen können.

MEDICAID-„SPEND-DOWN“-REGEL

Selbst wenn Ihr Einkommen die üblichen Einkommensgrenzen übersteigt, können Sie sich möglicherweise für Medicaid im Rahmen der Medicaid-Erweiterung oder über „Spend-down“-Regeln (schrittweiser Verbrauch) qualifizieren. Einige Staaten haben die Absicherung durch Medicaid auf Einwohner mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 133 % der bundesstaatlichen Armutsgrenze erweitert.

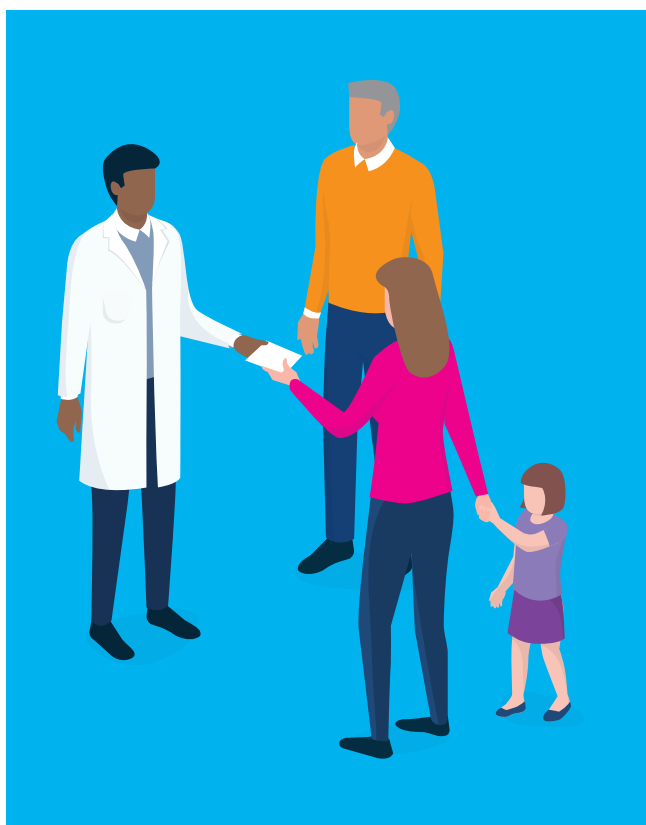
Besuchen Sie www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy, um mehr über die Anspruchsvoraussetzungen zu erfahren. Darüber hinaus ist es über Section 1619(b) möglich, ein Einkommen zu beziehen und sowohl den SSI-Anspruch als auch die Medicaid-Leistungen für die Krankenversicherung bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze beizubehalten. Wenn Sie Anspruch auf SSI haben, über Medicaid krankenversichert sind und eine Beschäftigung haben, ermöglicht Ihnen 1619(b), zu arbeiten und den Medicaid-Schutz beizubehalten, ohne dass Sie Medicaid für die Einkommensreduzierung nutzen müssen. Um mehr über Abschnitt 1619(b) zu erfahren, einschließlich der Anspruchsvoraussetzungen und Ausnahmen von dieser Regelung, besuchen Sie bitte www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm.





KRANKENVERSICHERUNG FÜR KINDER (CHIP)

CHIP bietet einen kostengünstigen Krankenversicherungsschutz für Kinder in Familien, die zwar die Einkommensgrenze für Medicaid überschreiten, sich aber keine andere Krankenversicherung leisten können. Familien, die für CHIP in Frage kommen, müssen keine private Krankenversicherung abschließen.



- So qualifizieren Sie sich: Jeder Bundesstaat legt seine eigenen Regeln auf der Grundlage des Familieneinkommens und des Alters Ihres Kindes fest. Wenden Sie sich für weitere Informationen an Ihre örtliche Medicaid-Stelle.
- Was abgedeckt ist: Arztbesuche, Medikamente, Krankenhausversorgung, Therapien und Hilfsmittel im Zusammenhang mit SMA.
- So stellen Sie einen Antrag: Beantragen Sie Medicaid über die Medicaid-Niederlassung Ihres Bundesstaates oder [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Es gibt keine Anmeldefrist, aber CHIP kann nicht gleichzeitig mit Medicaid genutzt werden. Das Programm kann in Ihrem Bundesstaat einen anderen Namen haben.



ÜBER STAATLICH FINANZIIERTE PROGRAMME

Zusätzlich zu staatlich finanzierten Versicherungen wie Medicaid und Medicare gibt es weitere hilfreiche Programme, die Einzelpersonen oder Familien, die von SMA betroffen sind, unterstützen können. Diese Programme ersetzen nicht Ihre Versicherung, können aber zusätzliche Hilfe bieten, wie finanzielle Unterstützung, Zugang zu Versorgung oder die Kostenübernahme für Leistungen, die nicht in Ihrem Hauptkrankenversicherungsplan enthalten sind. In diesem Abschnitt werden Programme vorgestellt, für die Sie möglicherweise anspruchsberechtigt sind.

SOZIALVERSICHERUNGSEINKOMMEN (SOCIAL SECURITY INCOME, SSI)

SSI ist ein Bundesprogramm, das monatliche Geldzahlungen bereitstellt, um Personen mit begrenztem Einkommen zu unterstützen, die 65 Jahre oder älter, blind oder von einer Behinderung wie SMA betroffen sind.

- So qualifizieren Sie sich: Eine Person muss die Einkommens- und Vermögensgrenzen erfüllen. Die Höhe Ihres monatlichen Einkommens, mit dem Sie noch Anspruch auf SSI haben, hängt unter anderem davon ab, wo Sie wohnen. Eine einzelne Person darf jedoch in der Regel über ein Vermögen im Wert von 2.000 USD oder weniger (3.000 USD oder weniger für Paare) verfügen. Zum Vermögen gehören Dinge wie Ersparnisse, Investitionen oder Sachanlagen (in den meisten Fällen jedoch nicht Ihr Haus oder Auto).
- Was geboten wird: Monatliche Geldzahlungen zur Unterstützung grundlegender Bedürfnisse wie Essen, Kleidung und Unterkunft.

SO STELLEN SIE EINEN ANTRAG:

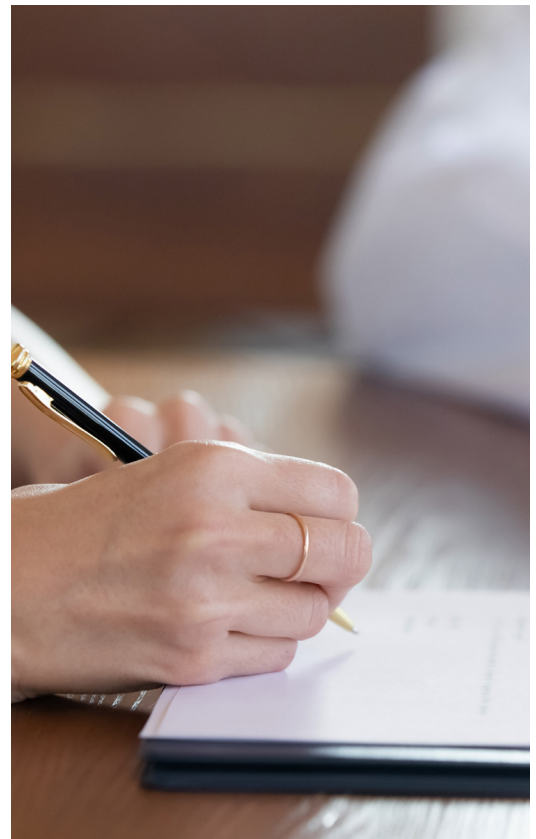
- Als Kind: Lesen Sie das „Child Disability Starter Kit“ (Starter-Kit für Kinder mit Behinderung) unter www.ssa.gov/pubs/EN-64-112.pdf, um sich auf das Ausfüllen des „Child Disability Report“ (Bericht über die Behinderung des Kindes) vorzubereiten, indem Sie die SSA unter 1-800-772-1213 anrufen oder den Bericht online unter www.ssa.gov/childdisabilityreport ausfüllen.
- Als Erwachsener: Lesen Sie weitere Einzelheiten und füllen Sie den Online-Antrag unter www.ssa.gov/ssi oder telefonisch unter 1-800-772-1213 aus.
- Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie zusätzliche Unterstützung beim SSI-Antragsprozess benötigen, sind Sie nicht allein. Sie können nach der *zuständigen Stelle für berufliche Rehabilitation* Ihres Bundesstaates oder Ihrer örtlichen *Behindertenberatungsstelle* Ihres Bundesstaates suchen, um Hilfe zu erhalten. Ihr Gesundheitsdienstleister kann Sie möglicherweise auch beraten oder Sie mit jemandem in Verbindung bringen, der Ihnen helfen kann.



MEDICAID-WAIVER-PROGRAMME

Medicaid-Waiver-Programme bieten zusätzliche Leistungen für Menschen mit Behinderungen, die zu Hause oder in der Gemeinschaft tägliche oder besondere Pflege benötigen. Diese Programme bieten oft mehr als reguläres Medicaid. Bitte beachten Sie: Da Medicaid-Waiver für den jeweiligen Bundesstaat gelten, werden Waiver-Leistungen nicht auf andere Bundesstaaten übertragen. In vielen Staaten stehen Menschen bereits auf einer Warteliste für Waiver-Leistungen.

- So qualifizieren Sie sich: Nicht alle Bundesstaaten haben die gleichen Regeln und Leistungen. Die Anspruchsberechtigung hängt oft mehr von medizinischen Bedürfnissen ab als vom Einkommen.
- Was abgedeckt ist: Leistungen wie häusliche Pflege, Therapien, Hilfsmittel und Unterstützungsprogramme, die den Alltag erleichtern.
- So stellen Sie einen Antrag: Waiver-Programme variieren je nach Bundesstaat. Wenn Sie mehr über die in Ihrem Staat verfügbaren Ausnahmeregelungen erfahren möchten, [rufen Sie **medicaid.gov** auf](https://www.medicaid.gov). Wählen Sie dann im Medicaid-Dropdown-Menü die Option „Section 1115 Demonstration“.



VERFÜGBARE RESSOURCEN

Sich im Versicherungs- und Gesundheitswesen zurechtzufinden, kann überwältigend sein, aber Sie müssen es nicht allein tun. Ihnen stehen Personen und Programme zur Verfügung, die Sie auf Ihrem Weg unterstützen.



[Cure-SMA-Seite mit Versicherungsressourcen](#)

- ✓ Leitfäden zu Ressourcen in Ihrem Bundesstaat
- ✓ Checkliste für das Schreiben zur medizinischen Notwendigkeit
- ✓ Checkliste zum **Widerspruchsverfahren** bei Versicherungen

[Unterstützungsangebote für die SMA-Behandlung](#)

- ✓ [Evrysdi®](#)
- ✓ [Itvisma®](#)
- ✓ [Spinraza®](#)
- ✓ [Zolgensma®](#)



VERSTEHEN, WAS DIE KRANKENVERSICHERUNG ABDECKT



Jeder Krankenversicherungsplan ist anders, und viele Faktoren können beeinflussen, welche Leistungen, Behandlungen und Hilfsmittel abgedeckt sind. Da die Organisation Ihrer eigenen Versorgung oder der eines Angehörigen komplex sein kann, ist es wichtig zu wissen, wo Sie Informationen erhalten, und einen kontinuierlichen Austausch mit Ihrem Arbeitgeber und Ihrem Versicherungsanbieter zu pflegen.

Die meisten Pläne werden mit einer Zusammenfassung – manchmal auch als *Zusammenfassung der Leistungen und Abdeckung* bezeichnet – geliefert, die Ihnen einen kurzen Überblick darüber gibt, was der Plan beinhaltet. Dies ist ein guter Ausgangspunkt, wenn Sie Ihre Leistungen verstehen möchten. Sie können auch die Kundenhotline der Versicherungsgesellschaft anrufen, um Fragen zu stellen.

Wenn Sie über Ihren Arbeitsplatz versichert sind, können Sie auch mit Ihrem Arbeitgeber sprechen. Dieser kann Ihnen einen Überblick über den Versicherungsplan geben, einschließlich der abgedeckten Leistungen und der anfallenden Kosten. Sie können ein Arbeitgeber-Versicherungsdokument anfordern, das die Leistungen beschreibt, die einem Mitarbeiter angeboten werden. Dies liefert detailliertere Informationen als die Zusammenfassung der angebotenen Leistungen. Möglicherweise gibt es auch jemanden in der Personalabteilung (HR) oder einen Ansprechpartner bei der Versicherungsgesellschaft, der bei Fragen helfen kann.



Um besser zu verstehen, was abgedeckt ist, überprüfen Sie die Einzelheiten Ihres Versicherungsplans und überlegen Sie, welche Leistungen, Behandlungen und Hilfsmittel für Sie oder Ihre Angehörigen am wichtigsten sind – insbesondere solche, die Sie häufig nutzen. Denken Sie dabei an Folgendes:

- Welche medizinischen Leistungen nutzen wir am häufigsten?
- Werden die Besuche bei Fachärzten, die wir aufsuchen (wie Neurologen oder Pneumologen), von diesem Plan abgedeckt? Sind sie **im Netzwerk** oder **außerhalb des Netzwerks**?
- Wird der Versicherungsplan Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie abdecken?
- Deckt der Versicherungsplan die Behandlungsoptionen ab, die wir benötigen?
- Können wir die Behandlungen, die wir bereits anwenden, fortsetzen?
- Deckt der Plan **langlebige medizinische Geräte (Durable Medical Equipment, DME)** wie Rollstühle oder Atemgeräte ab?
- Gibt es eine bestimmte Apotheke, die wir nutzen müssen? Können wir unsere Rezepte dort einlösen?

WAS DIE VERSICHERUNG MÖGLICHERWEISE ABDECKT

Die Krankenversicherung kann bei der Bezahlung vieler Arten der Versorgung helfen – wie z. B. Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel und Therapien. Zu den gängigen abgedeckten Leistungen gehören:



MEDIZINISCHE DIENSTLEISTUNGEN

Dazu gehören Arztbesuche, Facharztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitation und häusliche Krankenpflege. Für einige davon benötigen Sie möglicherweise eine Überweisung von Ihrem Hausarzt oder eine vorherige Genehmigung durch die Versicherung. Medizinische Dienste umfassen auch wichtige Tests – wie genetische Tests zur Bestätigung der Diagnose, Atemtests, Bildgebung oder Ernährungskontrollen zur Überwachung der Versorgung im Laufe der Zeit.



KOSTENÜBERNAHME FÜR REZEPTPFLICHTIGE MEDIKAMENTE (APOTHEKENLEISTUNG)

Die Kostenübernahme für rezeptpflichtige Medikamente hilft Ihnen, Arzneimittel zu bezahlen, die Sie normalerweise in einer Apotheke erhalten. Einige Behandlungen – wie Injektionen in einer Klinik oder Infusionen zu Hause – können über die medizinischen Leistungen abgedeckt sein und nicht über die Apothekenleistung. Wenn Sie sich nicht sicher sind, über welchen Teil Ihres Versicherungsplans das Medikament abgedeckt ist, sollten Sie beide Teile prüfen oder Ihren Versicherungsanbieter fragen.



UMFASSENDE KRANKENVERSICHERUNG

Die umfassende Krankenversicherung ist der Teil Ihres Versicherungsplans, der bei der Bezahlung großer oder laufender medizinischer Bedürfnisse hilft, wie z. B. Facharztbesuche, chirurgische Eingriffe, Besuche in der Notaufnahme oder in der Akutversorgung sowie stationäre Krankenhausaufenthalte. Nicht alle Versicherungspläne sind gleich. Es ist daher ratsam, Ihren Plan zu prüfen oder sich mit Ihrem Versicherungsanbieter in Verbindung zu setzen, um herauszufinden, was von Ihren Leistungen der umfassenden Krankenversicherung abgedeckt ist.



LANGLEBIGE MEDIZINISCHE HILFSMITTEL (DME)

DME sind Hilfsmittel, die Sicherheit, Unabhängigkeit und Komfort zu Hause unterstützen. Für Menschen mit SMA können dazu Rollstühle, Bi-Level-CPAP-Geräte (BiPAP oder BPAP), Badestühle, adaptive Sitzsysteme, Orthesen und Stehhilfen gehören. Die Versicherung übernimmt oft die Kosten für DME, wenn sie verschrieben und medizinisch notwendig sind. Ihr Gesundheitsdienstleister muss jedoch möglicherweise Unterlagen einreichen, um zu erklären, warum sie erforderlich sind.

Stellen Sie Ihrem Arbeitgeber und/oder Ihrem Versicherungsanbieter anschließend die folgenden Fragen, um sicherzustellen, dass der Plan Ihre Versorgung unterstützt:

- Gibt es Regeln oder Schritte, die erfüllt sein müssen, um „**medizinische Notwendigkeit**“ für die Behandlungen, die wir erhalten, nachzuweisen?
- Benötigen wir eine **Überweisung** oder vorherige Genehmigung, bevor wir eine bestimmte Versorgung oder Behandlung erhalten?
- Bietet der Plan Unterstützung bei seltenen Erkrankungen?
- Gibt es **Selbstbeteiligungskosten** für unsere medizinischen Hilfsmittel oder unsere Behandlung?

ZUGANG ZU ABGEDECKTEN LEISTUNGEN

Auch wenn Ihr Versicherungsplan eine Leistung oder Behandlung abdeckt, müssen Sie möglicherweise ein paar zusätzliche Schritte unternehmen, bevor sie genehmigt wird. Hier sind einige der häufigsten Schritte, bei denen Ihr Betreuungsteam helfen kann:

Überweisungsanforderungen

Eine Überweisung ist eine Anordnung oder Empfehlung des Hausarztes, damit ein Patient von einem Facharzt wie einem Neurologen versorgt werden kann. Einige Krankenversicherungspläne verlangen für die fachärztliche Versorgung eine Überweisung. Ohne Überweisung deckt Ihr Plan die Leistung möglicherweise nicht ab – oder Sie müssen mit höheren Kosten rechnen.

Anforderungen einer vorherigen Genehmigung

Eine **vorherige Genehmigung** (auch als Vorabgenehmigung bezeichnet) bedeutet, dass Ihr Arzt Ihre Versicherung um Erlaubnis bitten muss, bevor Sie bestimmte Behandlungen oder Dienstleistungen erhalten. Anforderungen vorheriger Genehmigungen sind üblich für:

- SMA-Behandlung
- medizinische Hilfsmittel (DME)
- Gentests

Wenn die Genehmigung nicht im Voraus erteilt wird, könnte Ihre Versicherung die Kostenübernahme ablehnen.

Schreiben zur medizinischen Notwendigkeit

Ein Schreiben zur medizinischen Notwendigkeit ist eine Stellungnahme Ihres Arztes, die erklärt, warum eine bestimmte Behandlung, ein bestimmtes Medikament oder ein bestimmtes Hilfsmittel für Ihre Gesundheit wichtig ist. Dieses Schreiben wird häufig verwendet, um:

- Anträge auf vorherige Genehmigung zu unterstützen
- bei einem Widerspruch gegen eine Ablehnung durch die Versicherung zu helfen

Eine Anleitung dazu, was in ein Schreiben zur medizinischen Notwendigkeit aufgenommen werden sollte, finden Sie auf der Seite **„Cure SMA Insurance Resources“**.



VERSTEHEN VON VERSICHERUNGSANSPRÜCHEN, ABLEHNUNGEN UND WIDERSPRÜCHEN

Wenn Sie oder ein Ihnen nahestehender Mensch medizinische Versorgung erhalten, sendet der Arzt oder das Krankenhaus einen Leistungsantrag an Ihre Versicherungsgesellschaft. Dieser Leistungsantrag ist eine Bitte an Ihre Versicherung, die Kosten für die Leistung zu übernehmen.

Nach dem Bundesgesetz ist Ihr Krankenversicherer verpflichtet, auf einen Krankenversicherungsanspruch zu antworten.

Die vorgeschriebenen Reaktionszeiten sind:

- innerhalb von 15 Tagen, wenn Sie vor der Behandlung eine Genehmigung beantragen, die normalerweise als „Vorabgenehmigung“ bezeichnet wird
- innerhalb von 30 Tagen für medizinische Leistungen, die Sie bereits erhalten haben, und
- innerhalb von 72 Stunden bei dringenden medizinischen Anliegen

Manchmal kann die Versicherungsgesellschaft den Leistungsantrag ablehnen; das bedeutet, dass sie die Kosten für alle oder einen Teil der erhaltenen Leistungen nicht übernimmt. Dies kann frustrierend sein – insbesondere, wenn die Leistung erforderlich ist und von Ihrem Gesundheitsdienstleister empfohlen wird. Wird ein Leistungsantrag abgelehnt, schicken Versicherungsgesellschaften ein Ablehnungsschreiben.

Häufige Gründe für die Ablehnung von Behandlungen sind:

- Fehlende medizinische Notwendigkeit
 - › Versicherer können sagen, dass die Behandlung nach ihren Richtlinien nicht erforderlich ist. Diese Entscheidung kann auf Ihrem Alter, Ihren Gentestergebnissen, der Anzahl der SMN2-Kopien oder der Schwere Ihrer Symptome basieren.
- Nicht in der Arzneimittelliste enthaltenes Arzneimittel
 - › Versicherungspläne haben oft eine bevorzugte Arzneimittelliste (sogenanntes „Formularium“). Wenn ein Medikament nicht enthalten ist, können sie die Kostenübernahme verweigern.
- Doppelte oder gleichzeitige Therapie nicht zulässig
 - › Einige Versicherungspläne decken bei bestimmten Erkrankungen jeweils nur eine Behandlung ab. Sie können die Kostenübernahme verweigern, wenn Ihnen mehr als eine Behandlung verschrieben wird.

SO KÖNNEN SIE VORGEHEN, WENN EIN LEISTUNGSANTRAG ABGELEHNT WIRD

Wenn ein Leistungsantrag abgelehnt wird, haben Sie das Recht, **Widerspruch** einzulegen.

Ein Widerspruch ist ein formeller Antrag an eine Versicherungsgesellschaft, eine Entscheidung zur Ablehnung eines Leistungsantrags zu überdenken.

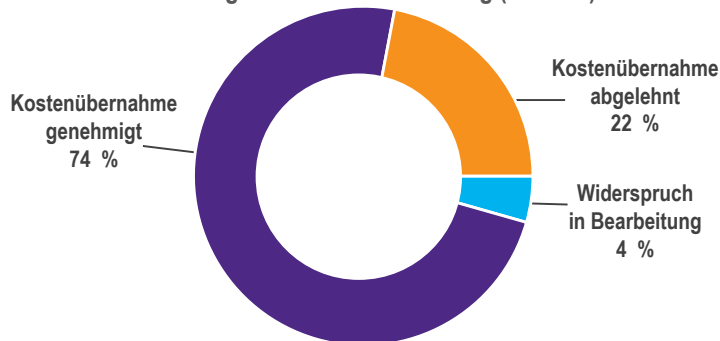
Versicherungsablehnungen bei der SMA-Behandlung sind häufig. Wir empfehlen Ihnen jedoch, einen Widerspruch in Betracht zu ziehen. Wie im State of SMA 2023 berichtet, ist die Mehrheit der Widersprüche bei der SMA-Behandlung erfolgreich.

VERSICHERUNGSABLEHNUNGEN UND WIDERSPRÜCHE

55 %

der mit einer SMA-Therapie behandelten Personen haben eine Ablehnung der Kostenübernahme durch die Versicherung im Zusammenhang mit der SMA-Behandlung erhalten.

Ergebnis des Widerspruchs gegen eine Ablehnung durch die Versicherung (n = 227)



Nach einem Widerspruch gegen die zunächst abgelehnte Kostenübernahme erhielten fast drei Viertel der Personen die Genehmigung für die SMA-Behandlung.

Nach Alter aufgeschlüsselt wurden ähnliche Widerspruchsergebnisse sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen beobachtet.

Ablehnungen durch die Versicherung und Widerspruchsverfahren für SMA-Behandlung. Angepasst nach 2023 State of SMA von Cure SMA, 2024.



Im Allgemeinen können Sie, wenn Ihr Leistungsantrag abgelehnt wird, formell Widerspruch einlegen, indem Sie diese wichtigen Schritte befolgen:

Schritt 1



Bevor Sie Widerspruch einlegen: Sprechen Sie mit Ihrem Behandlungsteam. Die meisten Kliniken verfügen über Mitarbeiter, die Ihnen helfen, den Prozess besser zu verstehen, und können den Widerspruch in Ihrem Namen einreichen.

Um gemeinsam mit Ihrem Gesundheitsdienstleister Widerspruch einzulegen, benötigen Sie folgende Unterlagen:

- eine Kopie Ihres Ablehnungsschreibens
- alle Unterlagen aus Ihren Gesprächen mit der Versicherungsgesellschaft
- alle medizinischen Unterlagen, die Sie möglicherweise haben

Manchmal kann Ihr Gesundheitsdienstleister direkt mit einem Arzt der Versicherungsgesellschaft sprechen, um zu erklären, warum die Behandlung erforderlich ist. Diese Option, die Peer-to-Peer genannt wird, ist nicht bei allen Versicherungsunternehmen verfügbar, aber sie kann die Dinge beschleunigen. Sie oder Ihr Gesundheitsdienstleister können sich an Ihre Versicherungsgesellschaft wenden, um festzustellen, ob diese Möglichkeit für einen Widerspruch genutzt werden kann.





Sie können sich auch an Ihren Versicherungsanbieter wenden, um sicherzustellen, dass Sie dessen Anforderungen an einen Widerspruch erfüllen. Es wird empfohlen, alle Gespräche mit Versicherungsgesellschaften zu dokumentieren: Notieren Sie Datum, Uhrzeit, Dauer und Einzelheiten des Gesprächs sowie den Namen bzw. die Identifikationsnummer der Person, mit der Sie sprechen. Das Anlegen schriftlicher Nachweise kann hilfreich sein, wenn Sie Widerspruch einlegen.

Schritt 2 **Interner Widerspruch:** Um einen internen Widerspruch einzulegen, müssen Sie und/oder Ihr Gesundheitsdienstleister Ihrem Versicherer ein Widerspruchsschreiben vorlegen, aus dem hervorgeht, warum eine bestimmte Leistung, Behandlung oder ein bestimmtes Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Widersprüche müssen in der Regel innerhalb einer festgelegten Frist eingereicht werden – oft 180 Tage. Für eine Anleitung dazu, was ein Widerspruchsschreiben enthalten sollte, besuchen Sie bitte die [Seite „Cure SMA Insurance Resources“](#). Auch Pharmaunternehmen bieten Ressourcen, die Sie bei einem Widerspruch für eine SMA-Behandlung unterstützen.

- ✓ [Evrydi®](#)
- ✓ [Itvisma®](#)
- ✓ [Spinraza®](#)
- ✓ [Zolgensma®](#)

Schritt 3 **Externes Widerspruchsverfahren:** Wenn der interne Widerspruch abgelehnt wird, können Sie oder Ihr Anbieter eine Prüfung durch eine Person außerhalb der Versicherungsgesellschaft beantragen. Die Prüfung durch Dritte wird in der Regel von einer Behörde des Bundesstaats oder des Bundes durchgeführt. Ein schriftlicher Antrag auf eine externe Prüfung muss innerhalb von 60 Tagen nach Ablehnung des internen Widerspruchs eingereicht werden. Es ist wichtig, eine Fachperson für den spezifischen Bereich anzufordern, der mit der Ablehnung zusammenhängt.



DURCH EINE ARBEITGEBERFINANZIERTE KRANKENVERSICHERUNG ABGEDECKT?

Wenn Ihre Versicherung eine Behandlung oder Leistung ablehnt, kann das frustrierend sein. Aber es ist wichtig zu wissen, dass die Versicherungsgesellschaft vielleicht nicht die einzige ist, die die Entscheidung trifft. In vielen Fällen werden die Regeln dafür, was abgedeckt ist, von Ihrem Arbeitgeber und nicht von der Versicherungsgesellschaft festgelegt. Wenn Sie sich nicht sicher sind, warum ein Leistungsantrag abgelehnt wurde, überprüfen Sie Ihre Versicherungsunterlagen oder sprechen Sie mit Ihrer Personalabteilung oder der Abteilung für Leistungen. Sie können Ihnen erklären, was Ihr Plan beinhaltet. Auch Pharmaunternehmen bieten möglicherweise Ressourcen an, die Sie durch diesen Prozess begleiten. Über die Links auf der linken Seite finden Sie verfügbare behandlungsspezifische Anleitungen.



KOSTEN DER GESUNDHEITSFÜRSORGE VERSTEHEN UND KONTROLLIEREN

Wenn es um die Bezahlung Ihrer Krankenversicherung geht, ist es hilfreich, ein Gefühl für die Kosten zu haben, die auf Sie zukommen. Es gibt verschiedene Instrumente, die Ihnen helfen, die Kosten für Ihre Krankenversicherung, wie etwa **Mitversicherung**, **Zuzahlungen (Copays)** und **Selbstbeteiligungen** abzuschätzen und zu vergleichen. Zusätzlich zu den Budgetplanungs-Apps, die Sie auf Ihr Smartphone herunterladen können, bieten Organisationen wie Fair Health Consumers einen Rechner an, mit dem Sie die Kosten für medizinische Verfahren und Dienstleistungen nach der Postleitzahl, in der Sie behandelt werden, abschätzen können. Unabhängig davon, ob Sie versichert sind oder nicht, zeigt der unverbindliche Kostenvoranschlag, wie viel Sie möglicherweise für Ihre Behandlung bezahlen müssen. Erfahren Sie mehr auf fairhealthconsumer.org/



AUSSERHALB DES NETZWERKS

Da SMA als seltenes Leiden gilt, kann es schwierig sein, einen Anbieter zu finden, der sich mit der Krankheit und den damit verbundenen Herausforderungen auch wirklich auskennt. Deshalb sollten Sie wissen, welche Gesundheitsdienstleister und Einrichtungen von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden.

Die Versicherer verwalten und prognostizieren die Kosten, indem sie Anbieternetzwerke schaffen (d. h. Verträge mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Fachkräften, die eine Versorgung zu ausgehandelten Tarifen vorsehen). Der Besuch eines Gesundheitsdienstleisters oder Krankenhauses in Ihrem Versicherungsnetzwerk (**zugelassener Anbieter**) hat mehrere Vorteile, darunter niedrigere Selbstbeteiligungskosten und großzügigere Versicherungsleistungen. Allerdings haben die Versicherer in den letzten Jahren ihre Netzwerke verkleinert, um die Kosten niedrig zu halten. Daher ist es durchaus möglich, dass nicht jeder Arzt, jedes Krankenhaus und jede medizinische Einrichtung von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt wird. Ihr Versicherer bietet Anbieterverzeichnisse an, damit Sie wissen, welche Gesundheitsdienstleister und Krankenhäuser in Ihrem Netzwerk vertreten sind.





SELBSTBETEILIGUNGSKOSTEN

Zahlreiche Krankenversicherungen erheben jetzt höhere Prämien und legen den Patienten höhere Selbstbeteiligungskosten auf, was für Menschen mit SMA und ihre Betreuer eine zusätzliche Belastung bedeutet. Es gibt jedoch Ressourcen, die Ihnen helfen, Ihre Gesundheitskosten vorherzusehen und zu bewältigen. Sie sollten wissen, dass Ihre Versicherungsgesellschaft Ihnen den Versicherungsschutz oder eine Verlängerung Ihres Versicherungsschutzes nicht verweigern oder Ihnen aufgrund von SMA eine höhere Prämie berechnen kann.

Selbstbeteiligungskosten sind Ihre Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge, die nicht direkt von der Versicherung erstattet werden, wie unter anderem:

Prämie: der Betrag, den Sie jeden Monat für Ihre Krankenversicherung zahlen, unabhängig davon, ob Sie die Versicherung in Anspruch nehmen.

Selbstbeteiligung: der Betrag, den Sie für die von Ihrer Versicherung abgedeckten medizinischen Dienstleistungen zahlen müssen, bevor die Versicherung anfängt zu zahlen.

Mitversicherung: der Prozentsatz, den Sie für die Kosten einer abgedeckten Gesundheitsdienstleistung nach Zahlung einer eventuellen Selbstbeteiligung zahlen.

Zuzahlung/Copay: der feste Dollarbetrag, den Sie für eine abgedeckte Gesundheitsdienstleistung bezahlen.

Bei den meisten Krankenversicherungen gibt es einen Höchstbetrag, den Sie in einem Versicherungsjahr für versicherte Dienstleistungen an Selbstbeteiligungskosten bezahlen müssen. Wie Sie diesen Höchstbetrag erreichen, hängt von Ihrer Selbstbeteiligung und Ihrem Mitversicherungsanteil ab.

UNTERSTÜTZUNG FÜR SELBSTBETEILIGUNGSKOSTEN BEI BEHANDLUNGEN

Selbst wenn eine Behandlung genehmigt ist, können Ihnen dennoch Selbstbeteiligungskosten entstehen. Wenn Sie mit hohen Kosten konfrontiert sind, finden Sie hier einige Optionen, die helfen können:

- Unternehmen, die SMA-Behandlungen herstellen, bieten Patientenunterstützungsprogramme an, um die Kosten zu senken. Diese Programme können finanzielle Hilfe, Preisnachlässe oder sogar kostenlose Medikamente für diejenigen bieten, die die Voraussetzungen erfüllen. Bitte sehen Sie sich die bereitgestellten Links an, um mehr über jedes Programm und darüber zu erfahren, wie Sie sich bewerben können.
 - ✓ [Evrysdi®](#)
 - ✓ [Itvisma®](#)
 - ✓ [Spinraza®](#)
 - ✓ [Zolgensma®](#)
- Erwägen Sie, sich an gemeinnützige Organisationen zu wenden, die Zuzahlungshilfeprogramme anbieten, wie:
 - › PAN Foundation: <https://www.panfoundation.org>
 - › Patient Advocate Foundation CoPay Relief Fund: <https://copays.org/>
- Informieren Sie sich über bundesstaatliche Programme oder Medicaid-Waiver, die Ihnen zusätzliche Unterstützung oder einen erweiterten Versicherungsschutz bieten könnten.
 - › Sie können weitere Informationen über staatlich finanzierte Krankenversicherungen anfordern, indem Sie dieses [Cure SMA-Anforderungsformular](#) ausfüllen und auf „bundesstaatspezifische Ressourcenleitfäden“ klicken:
- Informieren Sie sich online über Rabattkarten für verschreibungspflichtige Medikamente. Sie können manchmal die Preise für bestimmte Medikamente in Ihrer Apotheke reduzieren.



GLOSSAR

Anbieter außerhalb des Netzwerks (oder nicht-bevorzugter Anbieter): Ein Anbieter, der nicht zum Netzwerk Ihres Versicherungsplans gehört.

Angemessene und übliche Gebühren: Gebühren, die von Ihrer Krankenversicherung für eine bestimmte medizinische Dienstleistung oder Behandlung erhoben werden. Angemessene und übliche Gebühren entsprechen den allgemeinen Kosten für diese Dienstleistung in Ihrem geografischen Gebiet, die von Ihrer Krankenversicherung berechnet werden.

Doppelt anspruchsberechtigt (doppelt anspruchsberechtigte[r] Leistungsempfänger): Die doppelte Anspruchsberechtigung – oder doppelt anspruchsberechtigter Leistungsempfänger – bezeichnet Personen, die sowohl Anspruch auf Medicare als auch auf Medicaid haben. Der Begriff umfasst Personen, die in Medicare Teil A bzw. Teil B aufgenommen sind und über eine der folgenden Kategorien des Medicare Savings Program (MSP) volle Medicaid-Leistungen und/oder Unterstützung bei Medicare-Prämien oder Kostenbeteiligungen erhalten:

- **Programm für qualifizierte Medicare-Begünstigte (QMB)** – Hilft bei der Zahlung von Prämien für Teil A bzw. Teil B, Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen und Zuzahlungen.
- **Spezifisches Programm für einkommensschwache Medicare-Begünstigte (SLMB)** – Hilft bei der Bezahlung der Prämien für Teil B.
- **Programm für Anspruchsberechtigte (Qualifying Individual, QI)** – Hilft bei der Bezahlung der Prämien für Teil B.
- **Programm für qualifizierte behinderte Erwerbstätige (Qualified Disabled Working Individual, QDWI)** – Beahlt die Prämie für Teil A für bestimmte Personen, die eine Behinderung haben und arbeiten.

Einkommen ohne Erwerbstätigkeit: Einkommen aus anderen Quellen als Arbeit, wie unter anderem Einkommen aus dem Besitz von Immobilien (auch als Vermögenseinkommen bezeichnet), Erbschaften, Renten, Investitionen, Zinsen und Zahlungen aus der öffentlichen Sozialhilfe.

Einkünfte aus Erwerbstätigkeit: Zu diesen Einkünften zählen Löhne, Gehälter, Trinkgelder und andere steuerpflichtige Arbeitnehmerentgelte, gewerkschaftliche Streikbeihilfen, langfristige Invaliditätsleistungen, die vor Erreichen des Mindestrentenalters bezogen werden, sowie Nettoeinkünfte aus selbständiger Tätigkeit.

Fiktives Einkommen: Der Teil des Einkommens und der Mittel Ihres nicht förderfähigen Ehepartners, der als Ihrer angerechnet wird.

Hausarzt: Eine medizinische Fachkraft, die Pflege anbietet und den Zugang zu einer ganzen Reihe von Gesundheitsdienstleistungen koordiniert.

Kostenbeteiligung: Der Anteil der Kosten für die Pflege, der von der Person selbst getragen werden muss.

Krankenversicherung für Kinder (CHIP): Ein kostengünstiger Krankenversicherungsschutz für Kinder in Familien, die zwar die Einkommensgrenze für Medicaid überschreiten, sich aber keine andere Krankenversicherung leisten können.

Langlebige medizinische Geräte: Medizinische Geräte und Hilfsmittel, die von einem Gesundheitsdienstleister für den täglichen oder längeren Gebrauch für mehr als drei Jahre bestellt wurden, wie z. B. ein Rollstuhl oder ein Atemhilfsgerät.

Medicaid: Ein staatlich verwaltetes Krankenversicherungsprogramm, das Personen mit geringem Einkommen oder Kindern mit Behinderungen und besonderen Bedürfnissen Versicherungsschutz bietet. In den meisten Staaten werden Medicaid-Empfänger in der Regel durch eines der folgenden Programme abgesichert:



- **Einzelleistungsvergütung** – ein Zahlungsmodell, bei dem die Dienstleistungen entbündelt und separat bezahlt werden.
- **Staatliche Medicaid** – ein einziges landesweites Programm, das von der Landesregierung betrieben wird.
- **Medicaid Managed Care** – ein System, bei dem sich die Patienten verpflichten, nur bestimmte Ärzte und Krankenhäuser aufzusuchen, und bei dem die Kosten der Behandlung von einer Verwaltungsgesellschaft überwacht werden. Dieses Programm wird von einer privaten Krankenversicherung betrieben, die von Ihrem Bundesstaat unter Vertrag genommen wurde.

Medicare: Ein staatliches Krankenversicherungsprogramm, das Personen ab 65 Jahren und Personen unter 65 Jahren mit bestimmten Behinderungen absichert. Medicare besteht aus vier Teilen:

- **Teil A** – Krankenhausversicherung (stationäre Krankenhausversorgung, stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, Hospizversorgung und einige häusliche Pflegedienste).
- **Teil B** – Krankenversicherung (ärztliche Leistungen, ambulante Pflege, langlebige medizinische Geräte, häusliche Pflegedienste und zahlreiche Präventionsleistungen).
- **Teil C** – Medicare Advantage (MA) (von Medicare zugelassene private Versicherungsgesellschaften erbringen alle Dienstleistungen von Teil A und Teil B und können auch verschreibungspflichtige Medikamente und sonstige Zusatzleistungen anbieten).
- **Teil D** – Das Prescription Drug Benefit (von Medicare zugelassene private Unternehmen bieten ambulante verschreibungspflichtige Medikamente an).
 - Medicare-Begünstigte, die bestimmte Einkommens- und Ressourcengrenzen einhalten, können das Extra Help Program in Anspruch nehmen, das bei der Zahlung der monatlichen Prämien, der jährlichen Selbstbeteiligung und der Zuzahlungen hilft.

Medizinische Notwendigkeit: Medizinische Dienstleistungen oder Hilfsmittel, die den anerkannten Pflegestandards entsprechen und zur Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Leidens, einer Störung, einer Erkrankung oder ihrer Symptome erforderlich sind.

Mitversicherung: Der Prozentsatz, den Sie von den Kosten einer abgedeckten Gesundheitsdienstleistung nach Zahlung einer allfälligen Selbstbeteiligung zahlen; z. B. 5 Prozent des zuschussfähigen Betrags für einen Arzt.

Netzwerk von Anbietern: Eine Gruppe von Gesundheitsdienstleistern, Gesundheitseinrichtungen und Lieferanten, die von einem Versicherer vertraglich mit der Bereitstellung von Dienstleistungen und Produkten beauftragt werden.

Netzwerk: Die Einrichtungen, Anbieter und Lieferanten, mit denen Ihr Versicherungsplan zusammenarbeitet, um Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen.

Obergrenze der Selbstbeteiligungskosten: Der Höchstbetrag, den Sie üblicherweise im Laufe eines Jahres zahlen müssen, bevor Ihre Versicherung 100 Prozent Ihrer Kosten übernimmt.

Prämie: Der Betrag, der von einer Familie oder einer Einzelperson für den Versicherungsschutz gezahlt werden muss und der in der Regel monatlich zu entrichten ist.

Primärversicherung (oder Primärzahler): Für Personen, die mehr als eine Krankenversicherung haben, ist die Primärversicherung die Hauptabsicherung, die zuerst zahlt – es sei denn, eine bestimmte Gesundheitsdienstleistung oder ein bestimmtes Produkt ist nicht versichert.

Private Krankenversicherung: Auch bekannt als nicht staatlich finanzierte Versicherung, eine weit gefasste Kategorie des Krankenversicherungsschutzes, bei der die Versicherungsleistungen direkt von einer Krankenversicherung oder über einen Arbeitgeber, einen Makler oder einen öffentlichen Krankenversicherungsmarkt (auch Versicherungsbörse genannt) erworben werden.

Sacheinkünfte (oder Naturaleinkommen): Andere Einnahmen als Geld. Dazu gehören zahlreiche Sozialleistungen und staatlich bereitgestellte Güter und Dienstleistungen, wie z. B. gebührenfreie Straßen, Lebensmittelmarken, öffentliche Schulbildung oder staatliches Gesundheitswesen.

Selbstbeteiligung: Der Betrag, den Sie für die von Ihrer Versicherung abgedeckten medizinischen Dienstleistungen zahlen müssen, bevor die Versicherung anfängt zu zahlen.

Selbstbeteiligungskosten (manchmal auch Out-of-pocket oder OOP genannt): Der Betrag, den eine Person gegebenenfalls für die Kosten der abgedeckten Gesundheitsleistungen zu zahlen hat. Dieser Betrag kann je nach Krankenversicherungsplan variieren und kann Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen und Zuzahlungen umfassen.

Staatlich finanzierte Krankenversicherung: Eine öffentliche Einrichtung, die den Abschluss einer privaten Krankenversicherung erleichtert, wenn eine vom Arbeitgeber geförderte Versicherung nicht verfügbar oder unerschwinglich ist. Personen mit geringem Einkommen, die sich über den öffentlichen Versicherungsmarkt versichern, haben möglicherweise Anspruch auf staatliche Zuschüsse, um die Prämien oder die Kostenbeteiligung oder beides zu senken.

Staatlich finanzierte Krankenversicherung: Eine weit gefasste Kategorie von Krankenversicherungsprogrammen, über die Versicherungsleistungen erbracht werden (z. B. Medicare, Medicaid und CHIP).

TRICARE: Ein Gesundheitsfürsorgeprogramm für uniformierte Angehörige der US-Armee, der US-Luftwaffe, der US-Marine, des US-Marineinfanteriekorps, der US-Küstenwache, des US-Gesundheitsdienstes und des Nationalen Ozean- und Atmosphärenkorps sowie deren Familien in aller Welt.

- Soldaten im Ruhestand können sowohl Anspruch auf TRICARE- als auch auf VA-Care-Leistungen haben.
- Wehrdienstleistende, die aufgrund einer mit dem Dienst verbundenen Krankheit oder Behinderung ausscheiden, können Anspruch auf VA-Leistungen und bestimmte TRICARE-Leistungen haben.

Überweisung: Eine Anweisung, Erlaubnis oder Empfehlung des Hausarztes für die Behandlung eines Patienten durch einen Facharzt. Beispielsweise benötigen manche Menschen mit SMA eine Überweisung zu einem Facharzt wie beispielsweise einem Lungenfacharzt oder einem Orthopäden.

VA-Care: Gesundheitsfürsorgeleistungen für Personen, die in den Streitkräften gedient haben und nicht unehrenhaft entlassen wurden.

- Gegenwärtige und ehemalige Mitglieder der Reserven oder der Nationalgarde, die aufgrund eines Bundesbefehls zum aktiven Dienst einberufen wurden und den gesamten Zeitraum, für den sie einberufen oder unter Befehl gestellt wurden, absolviert haben, können ebenfalls Anspruch auf VA-Gesundheitsleistungen haben.
- Soldaten im Ruhestand können sowohl Anspruch auf TRICARE- als auch auf VA-Care-Leistungen haben.
- Wehrdienstleistende, die aufgrund einer mit dem Dienst verbundenen Krankheit oder Behinderung ausscheiden, können Anspruch auf VA-Leistungen und bestimmte TRICARE-Leistungen haben.

Vorherige Genehmigung (oder Vorabgenehmigung): Die Anforderung einer Krankenversicherung, die vor der Kostenübernahme entscheidet, ob eine Behandlung oder ein Medikament medizinisch notwendig ist.

Widerspruch: Ein Ersuchen an eine Krankenversicherung, die Ablehnung der Kostenübernahme für eine bestimmte Dienstleistung oder ein bestimmtes Produkt noch einmal zu überdenken.

Zugelassener Anbieter (oder bevorzugter Anbieter): Ein Anbieter, der von einem Versicherer vertraglich verpflichtet wurde, Gesundheitsdienstleistungen für die Mitglieder oder Versicherungsnehmer eines Versicherungsplans zu erbringen.

Zuzahlung (Copay): Ein fester Dollarbetrag, den Sie für eine abgedeckte Gesundheitsdienstleistung bezahlen, z. B. 20 USD für eine ärztliche Untersuchung.

Zweit-/Zusatzversicherung (oder Zweit-/Zusatzzahler): Für Personen, die mehr als eine Krankenversicherung haben, eine zusätzliche Quelle der Absicherung, die für die Dienstleistungen oder Kosten aufkommt, die nicht von der primären Krankenversicherung übernommen werden.



CURE SMA

Cure SMA ist eine gemeinnützige Organisation und das größte weltweite Netzwerk von Familien, Ärzten und Wissenschaftlern, die zusammenarbeiten, um die SMA-Forschung voranzutreiben, Betroffene/Betreuer zu unterstützen sowie die Öffentlichkeit und die Fachwelt über SMA aufzuklären.

Cure SMA ist eine Ressource für unvoreingenommene Unterstützung. Wir sind hier, um allen Menschen mit SMA und deren Angehörigen zu helfen, und befürworten keine spezifischen Entscheidungen oder Beschlüsse. Betroffene und Betreuer treffen unterschiedliche Entscheidungen darüber, was das Beste für ihre Situation ist, in Übereinstimmung mit ihren persönlichen Überzeugungen. Eltern und andere wichtige Familienmitglieder sollten die Möglichkeit haben, ihre Gefühle zu diesen Themen zu diskutieren und Fragen an ihr SMA-Betreuungsteam zu stellen. Derartige Entscheidungen sollten nicht leichtfertig getroffen werden, und alle Optionen sollten sorgfältig geprüft und abgewogen werden. Alle Entscheidungen im Zusammenhang mit SMA sind sehr persönlich und sollten persönliche Werte widerspiegeln, sowie das, was für jeden Einzelnen und seine Betreuer am besten ist.



Cure SMA ist für Sie da. Weitere Informationen finden Sie in verfügbaren Care-Series-Broschüren:

- Grundlagen der Atmung
- Betreuungsmöglichkeiten
- Genetik der SMA
- Bewegungsapparat
- Grundlagen der Ernährung
- SMA verstehen

UNSERE MISSION IST ES, DIE FORSCHUNG FÜR BEHANDLUNGEN UND EINE HEILUNG VON SMA VORANZUTREIBEN UND ALLE MENSCHEN, DIE HEUTE VON SMA BETROFFEN SIND, ZU UNTERSTÜTZEN UND ZU BESTÄRKEN.



Folgen Sie uns auf Social Media, um
über Neuigkeiten und Geschichten
auf dem Laufenden zu bleiben!



www.cureSMA.org • 800.886.1762 • info@cureSMA.org