



CURE SMA

BROSZURA Z SERII
DOTYCZĄCEJ OPIEKI

KOMPLEKSOWY PLAN UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DLA OSÓB
CIERPIĄCYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (SMA) I ICH OPIEKUNÓW

WYBÓR I DOSTĘP DO LECZENIA I OPIEKI

SPIS TREŚCI

Nr STRONY	Część
3	WSTĘP
4	UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W SKRÓCIE
5	INFORMACJE O PRYWATNYM UBEZPIECZENIU
5	INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH PRZEZ RZĄD
8	INFORMACJE O PROGRAMACH FINANSOWANYCH PRZEZ RZĄD
9	POZNAJ SWOJE ZASOBY
10	ZROZUMIENIE, CO JEST OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
11	DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM
12	CO MOŻE BYĆ OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA
13	ZROZUMIENIE ROSZCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH, ODMÓW I ODWOŁAŃ
13	CZĘSTE POWODY ODMOWY LECZENIA
14	CO NALEŻY ZROBIĆ W PRZYPADKU ODRZUCENIA ROSZCZENIA
16	ZROZUMIENIE I ZARZĄDZANIE KOSZTAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ
16	ŚWIADCZENIODAWCY POZA SIECIĄ UBEZPIECZEŃ
17	WYDATKI ZEWNĘTRZNE
17	WSPARCIE W ZAKRESIE POKRYWANIA WYDATKÓW ZEWNĘTRZNYCH
18	GLOSARIUSZ

Poruszanie się po ubezpieczeniach zdrowotnych i prognozowanie kosztów opieki zdrowotnej może być przytłaczające.

Niniejszy zestaw narzędzi został opracowany jako kompleksowy przewodnik pomagający zrozumieć ubezpieczenie zdrowotne i zapewnić, że spełnia ono potrzeby Twojej rodziny. Zestaw zawiera przegląd:

- Różnych rodzajów dostępnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- Materiałów pomocnych w zrozumieniu różnych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych i związanych z nimi terminów.
- Jak działa ochrona i co może być objęte zakresem ubezpieczenia.
- Czego należy szukać i o co należy pytać, przeglądając informacje zawarte w polisie.
- Jak rozmawiać z ubezpieczycielami o opcjach ubezpieczenia i nowych metodach leczenia.
- Jak poruszać się po odmowach ubezpieczeniowych i odwołaniach.
- Jak znaleźć pomoc w pokryciu kosztów, których mogą nie obejmować tradycyjne plany ubezpieczeń zdrowotnych.





UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W SKRÓCIE

Ubezpieczenie zdrowotne pomaga chronić zarówno Twoje zdrowie, jak i finanse. Dzięki ubezpieczeniu możesz otrzymać niezbędną opiekę, jednocześnie ograniczając ryzyko wysokich rachunków medycznych.

W Stanach Zjednoczonych istnieją dwa główne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych:

- **Prywatne ubezpieczenie zdrowotne** (znane również jako **komercyjne ubezpieczenie zdrowotne**), czyli dowolny plan ubezpieczenia zdrowotnego zakupiony prywatnie; często prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest dostępne za pośrednictwem pracodawcy.
- **Ubezpieczenie zdrowotne finansowane przez rząd** oznacza świadczenia ubezpieczeniowe zapewniane w ramach programu rządowego, takiego jak **Medicare**, **Medicaid** lub **Children's Health Insurance Program (CHIP)**.

Ustalenie odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego jest bardzo ważne. Jeśli Ty lub ktoś z Twojego gospodarstwa domowego jest chory na SMA, możesz mieć do wyboru wiele planów ubezpieczeniowych w zależności od miejsca zamieszkania oraz kryteriów kwalifikowalności dotyczących dochodów i zasobów.

Aby znaleźć plan ubezpieczeniowy, który będzie najlepszy dla Ciebie i/lub Twojej rodziny, należy zadać kilka pytań i odpowiedzieć na nie:

- Czy ja lub mój bliski kwalifikujemy się do ubezpieczenia rządowego?
- (Jeśli jesteś zatrudniony(-a)) Jakie ubezpieczenie jest oferowane przez mojego pracodawcę?
- (W przypadku małżeństwa) Czy ubezpieczenie moje lub mojego współmałżonka jest lepszym rozwiązaniem dla mojej rodziny?



INFORMACJE O PRYWATNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Istnieje wiele różnych rodzajów planów prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Każdy plan ubezpieczeniowy jest inny i oferuje różne zakresy ochrony. Często są one zapewniane przez pracodawcę albo kupowane bezpośrednio przez osoby prywatne lub rodziny.

- Jak się zakwalifikować: Możesz się zapisać za pośrednictwem swojego pracodawcy, na platformie [Health Insurance Marketplace](#) albo bezpośrednio w firmie ubezpieczeniowej.
- Co jest objęte zakresem: Zakres ubezpieczenia zależy od planu, ale może obejmować wizyty u lekarza, opiekę szpitalną, leki, pomoc w transporcie, terapie i wizyty u specjalistów.

INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH PRZEZ RZĄD

Programy ubezpieczeniowe finansowane przez rząd mają na celu pomóc osobom starszym, osobom o niższych dochodach oraz osobom niepełnosprawnym w uzyskaniu potrzebnej im opieki. W momencie postawienia diagnozy SMA pacjent może już posiadać prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Można jednak skorzystać z programów rządowych, które pomogą pokryć wydatki niepokrywane przez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Pierwszym krokiem do uzyskania uprawnień do pomocy rządowej jest otrzymanie oficjalnej weryfikacji diagnozy SMA przez U.S. Social Security Administration (Administrację Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych). Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej o tej procedurze, skontaktuj się z Biurem ds. osób z niepełnosprawnością w swoim stanie. Poniżej przedstawiono finansowane przez rząd programy ubezpieczeniowe, do których możesz się kwalifikować.

MEDICARE

Medicare to federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku 65 lat i starszych oraz dla osób poniżej 65. roku życia z określonymi niepełnosprawnościami, takimi jak SMA. Można z niego korzystać w połączeniu z programem Medicaid lub prywatnym ubezpieczeniem.

- Jak się zakwalifikować, jeśli masz mniej niż 65 lat: Jeśli masz niepełnosprawność kwalifikującą się do programu, taką jak SMA, możesz uzyskać uprawnienia po dwóch latach pobierania zasiłku z ubezpieczenia społecznego dla osób z niepełnosprawnością (SSDI). SSDI to program, w ramach którego osoby z kwalifikującym się rozpoznaniem wpływającym na ich zdolność do pracy otrzymują comiesięczne świadczenia. Sprawdź, czy się kwalifikujesz, odwiedzając stronę [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc)
- Co jest objęte zakresem: Pobyty w szpitalu, wizyty u lekarza, sprzęt i opieka profilaktyczna.
- Jak złożyć wniosek: Dowiedz się więcej na stronie [medicare.gov](https://www.medicare.gov)





MEDICAID

Medicaid to program stanowy finansowany z funduszy stanowych i federalnych. Medicaid zapewnia tanią, a czasem bezpłatną opiekę zdrowotną osobom o ograniczonych dochodach i zasobach, osobom niepełnosprawnym oraz kobietom w ciąży.

- Jak się zakwalifikować: Zasady różnią się w zależności od stanu. Możesz się zakwalifikować na podstawie wysokości dochodów lub statusu osoby z niepełnosprawnością. Aby dowiedzieć się więcej o kryteriach dotyczących dochodów i zasobów, odwiedź stronę www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart. W niektórych stanach możesz automatycznie kwalifikować się do programu Medicaid, jeśli otrzymujesz zasiłek uzupełniający w ramach zabezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI). W niektórych stanach są też dostępne opcje, w których wydatki na leczenie wliczają się do kryteriów kwalifikacyjnych.
- Co jest objęte zakresem: Wizyty u lekarza, opieka szpitalna, badania medyczne, sprzęt, terapie, usługi opiekunów, a nawet transport na wizyty.

JAK ZŁOŻYĆ WNIOSEK:

- Zgłoś się do lokalnego oddziału Medicaid w swoim stanie lub odwiedź stronę HealthCare.gov. Nie ma ograniczonego okresu zapisów do programu Medicaid. Jeśli Ty lub Twoja bliska osoba kwalifikujecie się do ubezpieczenia, może ono rozpocząć się natychmiast o każdej porze roku. Ponieważ zasady programu Medicaid różnią się w zależności od stanu, warto porozmawiać ze swoim lekarzem, pracownikiem socjalnym zajmującym się sprawami programu Medicaid albo z przedstawicielem lokalnego programu wsparcia, aby dowiedzieć się, do jakich świadczeń możesz się kwalifikować i jakie kroki należy podjąć.

ZASADA OBNIŻANIA WYDATKÓW NA MEDICAID

Nawet jeśli Twoje dochody przekraczają tradycyjne progi dochodowe, możesz być w stanie zakwalifikować się do Medicaid w ramach rozszerzenia Medicaid lub na podstawie zasad „spend-down” (udziału własnego z tytułu nadwyżek dochodów). Niektóre stany rozszerzyły zakres świadczeń Medicaid na mieszkańców o dochodach gospodarstw domowych poniżej 133% federalnego poziomu ubóstwa.

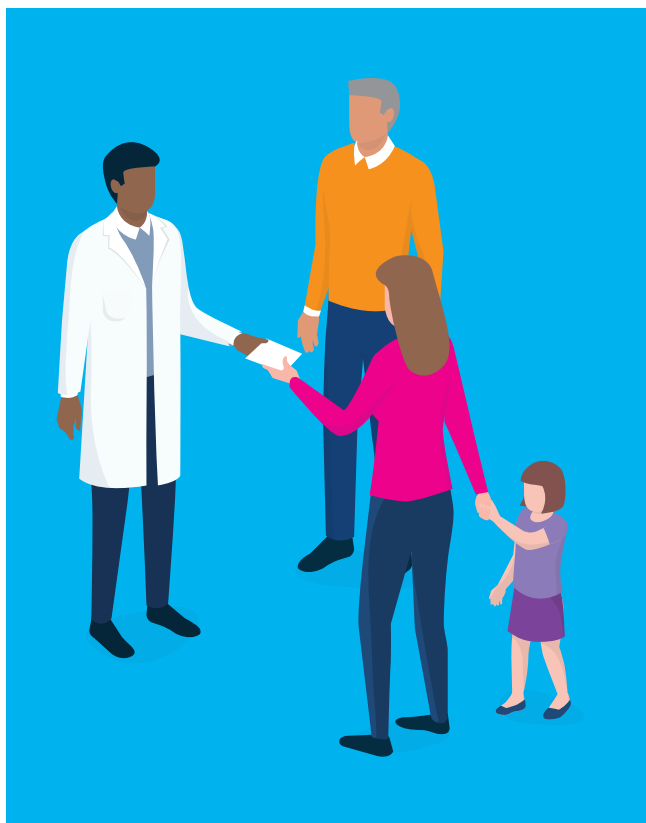
Odwiedź stronę www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy, aby dowiedzieć się więcej o wymaganiach dotyczących kwalifikowalności. Ponadto możliwe jest uzyskiwanie dochodu i zachowanie zarówno uprawnień do świadczeń SSI, jak i świadczeń Medicaid na ubezpieczenie zdrowotne, aż do osiągnięcia określonego progu zarobków, zgodnie z Artykułem 1619(b). Jeśli masz uprawnienia do otrzymywania SSI, masz ubezpieczenie zdrowotne Medicaid i masz zatrudnienie, Artykuł 1619(b) pozwala Ci pracować i zachować ubezpieczenie Medicaid bez konieczności obniżania wydatków na Medicaid. Aby dowiedzieć się więcej na temat sekcji 1619(b), w tym kryteriów kwalifikacyjnych i wyjątków od tej zasady, odwiedź stronę www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm.





CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP – PROGRAM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DZIECI)

CHIP oferuje tanie ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci z rodzin, których dochód przekracza próg kwalifikujący do objęcia programem Medicaid, ale których nie stać na inne ubezpieczenie zdrowotne. Rodziny, które zakwalifikują się do programu CHIP, nie będą musiały mieć wykupionego prywatnego planu ubezpieczenia zdrowotnego.



- Jak się zakwalifikować: Każdy stan ustala własne zasady w oparciu o dochód rodzinny i wiek dziecka. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z lokalnym biurem ds. programu Medicaid w swoim stanie.
- Co jest objęte zakresem: Wizyty u lekarza, leki, opieka szpitalna, terapie i sprzęt związany z SMA.
- Jak złożyć wniosek: Zgłoś się do lokalnego biura ds. programu Medicaid w swoim stanie lub odwiedź stronę [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Nie ma określonego terminu rejestracji, ale nie można jednocześnie korzystać z programów CHIP i Medicaid. Program może działać pod inną nazwą w Twoim stanie.



INFORMACJE O PROGRAMACH FINANSOWANYCH PRZEZ RZĄD

Oprócz programów ubezpieczenia finansowanych przez rząd, takich jak Medicaid i Medicare, istnieją też inne przydatne programy, które mogą pomóc osobom lub rodzinom dotkniętym SMA. Te programy nie zastępują Twojego ubezpieczenia, ale mogą zapewnić dodatkową pomoc, na przykład wsparcie finansowe, dostęp do opieki lub pokrycie kosztów świadczeń, których nie obejmuje Twój główny plan ubezpieczenia zdrowotnego. W tej części przedstawiono programy, do których możesz się kwalifikować.

ŚWIADCZENIE Z ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSI)

SSI to federalny program, który zapewnia comiesięczne świadczenia pieniężne, aby pomóc osobom o ograniczonych dochodach, które mają co najmniej 65 lat, są niewidome lub żyją z niepełnosprawnością, taką jak SMA.

- Jak się zakwalifikować: Uczestnicy programu muszą spełniać kryteria dotyczące wysokości dochodów i posiadanego majątku. Wysokość dochodu jaki można uzyskać co miesiąc i nadal kwalifikować się do otrzymania SSI, zależy częściowo od miejsca zamieszkania. Zazwyczaj osoba samotna musi dysponować środkami o wartości nieprzekraczającej 2000 USD (a w przypadku par – nieprzekraczającej 3000 USD). Do zasobów zaliczają się takie rzeczy jak oszczędności, inwestycje czy nieruchomości (ale w większości przypadków nie obejmuje to Twojego domu ani samochodu).
- Co oferuje: Comiesięczne wypłaty gotówkowe, które mają pomóc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, takich jak jedzenie, ubrania i mieszkanie.

JAK ZŁOŻYĆ WNIOSEK:

- W przypadku dzieci: Aby przygotować się do wypełnienia raportu o niepełnosprawności dziecka, należy zapoznać się z „Zestawem startowym dotyczącym niepełnosprawności dziecka” na stronie www.ssa.gov/pubs/EN-64-112.pdf. Można to zrobić, dzwoniąc do SSA pod numer 1-800-772-1213 lub wypełniając raport przez Internet na stronie www.ssa.gov/childdisabilityreport.
- W przypadku osób dorosłych: Zapoznaj się z dodatkowymi informacjami i wypełnij wniosek internetowy na stronie www.ssa.gov/ssi albo zadzwoń pod numer 1-800-772-1213.
- Jeśli czujesz, że potrzebujesz dodatkowej pomocy przy składaniu wniosku o świadczenie SSI, możesz liczyć na wsparcie. Możesz poszukać pomocy w *Biurze ds. świadczeń rehabilitacji zawodowej* lub w lokalnym *Biurze ds. osób z niepełnosprawnością* w swoim stanie. Twój lekarz może też udzielić Ci wskazówek albo skontaktować Cię z kimś, kto będzie w stanie Ci pomóc.



PROGRAMY MEDICAID WAIVER

Programy odstępstw od zasad Medicaid zapewniają dodatkowe świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami, które potrzebują codziennej lub specjalistycznej opieki w domu albo w ramach swojej społeczności. Te programy często oferują więcej niż zwykły program Medicaid. Należy pamiętać, że ponieważ odstępstwa od zasad Medicaid mają charakter stanowy, świadczenia w ramach odstępstw nie zostaną przeniesione do innych stanów, a w wielu z nich już występują listy osób oczekujących na świadczenia w ramach odstępstw.

- Jak się zakwalifikować: Nie we wszystkich stanach obowiązują takie same zasady i świadczenia. To, czy dana osoba się kwalifikuje, często zależy w większym stopniu od jej potrzeb medycznych niż od dochodów.
- Co jest objęte zakresem: Świadczenia takie jak domowa opieka zdrowotna, terapie, sprzęt wspomagający oraz programy wsparcia, które ułatwiają codzienne życie.
- Jak złożyć wniosek: Programy odstępstw różnią się w zależności od stanu. Aby dowiedzieć się więcej o odstępstwach dostępnych w Twoim stanie, odwiedź stronę [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov). Następnie z listy rozwijanej Medicaid wybierz opcję „Section 1115 Demonstration”.



POZNAJ SWOJE ZASOBY

Kwestie związane z ubezpieczeniami i opieką zdrowotną mogą wydawać się przytłaczające, ale nie musisz sobie z tym radzić samodzielnie. Jeśli potrzebujesz pomocy, możesz liczyć na wsparcie innych osób i różnych programów.



[Strona z materiałami dotyczącymi ubezpieczenia Cure SMA Insurance Resources](#)

- ✓ Przewodniki po zasobach dostępnych w poszczególnych stanach
- ✓ Lista kontrolna do sporządzenia pisma w sprawie konieczności medycznej
- ✓ Lista kontrolna dotycząca procedury **odwoławczej** w sprawie ubezpieczenia



[Świadczenia wspomagające w leczeniu SMA](#)

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





ZROZUMIENIE, CO JEST OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO



Wszystkie plany ubezpieczenia zdrowotnego różnią się od siebie i wiele czynników może mieć wpływ na to, jakie świadczenia, leczenie i sprzęt są objęte ubezpieczeniem. Ponieważ organizacja opieki własnej lub opieki nad bliską osobą może być skomplikowana, należy wiedzieć, gdzie szukać informacji. Ważne jest też, aby pozostawać w stałym kontakcie z pracodawcą i ubezpieczycielem.

Większość planów zawiera podsumowanie – czasami nazywane „Podsumowaniem świadczeń i zakresu ubezpieczenia” – które pozwala szybko zapoznać się z tym, co obejmuje dany plan. To świetny punkt wyjścia, jeśli chcesz zrozumieć, jakie świadczenia Ci przysługują. Możesz też zadzwonić na infolinię firmy ubezpieczeniowej, aby zadać pytania.

Jeśli masz ubezpieczenie zapewnione przez pracodawcę, możesz też porozmawiać z pracodawcą. Może on przedstawić Ci ogólny zarys planu, w tym informacje na temat zakresu ubezpieczenia i jego kosztów. Możesz poprosić o dokument dotyczący programu pracodawcy, w którym określono świadczenia oferowane pracownikom. Zawiera on bardziej szczegółowe informacje na temat oferowanych świadczeń niż podsumowanie. W dziale kadr (HR) albo w firmie ubezpieczeniowej może też być dostępna osoba, która odpowie na Twoje pytania.



Aby lepiej zrozumieć, co wchodzi w zakres ubezpieczenia, zapoznaj się ze szczegółami swojej polisy i zastanów się, jakie świadczenia, zabiegi i sprzęt są dla Ciebie lub bliskiej Ci osoby najważniejsze – zwłaszcza te, z których często korzystacie. Pamiętaj, aby rozważyć:

- z jakich świadczeń medycznych korzystamy najczęściej?
- czy ten plan obejmuje wizyty u specjalistów (takich jak neurolog czy pulmonolog)?
Czy są objęci siecią czy są poza siecią ubezpieczeń?
- Czy ten plan obejmuje fizjoterapię, terapię zajęciową i terapię logopedyczną?
- Czy ten plan obejmuje potrzebne nam opcje leczenia?
- Czy będziemy mogli kontynuować leczenie, które już stosujemy?
- Czy ten plan obejmuje **trwały sprzęt medyczny**, taki jak wózki inwalidzkie czy aparaty do oddychania?
- Czy musimy korzystać z jakiejś konkretnej apteki?
Czy możemy w niej realizować nasze recepty?

CO MOŻE BYĆ OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie zdrowotne może pomóc pokryć koszty wielu rodzajów opieki – na przykład wizyt u lekarza, leków, sprzętu i terapii. Do typowych rodzajów ubezpieczenia należą:



ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Obejmuje to wizyty u lekarzy, konsultacje u specjalistów, pobyty w szpitalu, rehabilitację i domową opiekę zdrowotną. W niektórych przypadkach może być potrzebne skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu albo wcześniejsza zgoda firmy ubezpieczeniowej. Świadczenia medyczne obejmują też ważne badania – na przykład badania genetyczne potwierdzające diagnozę, badania oddechowe, badania obrazowe czy kontrolę odżywiania, które pozwalają monitorować postępy leczenia na przestrzeni czasu.



REFUNDACJA LEKÓW NA RECEPTĘ W RAMACH UBEZPIECZENIA (ŚWIADCZENIA FARMACEUTYCZNE)

Refundacja leków na receptę w ramach ubezpieczenia pomaga pokryć koszty leków, które zazwyczaj kupujesz w aptece. Niektóre rodzaje leczenia – na przykład zastrzyki w przychodni czy infuze w domu – mogą być objęte ubezpieczeniem w ramach świadczeń medycznych, a nie farmaceutycznych. Jeśli nie masz pewności, w jakim zakresie lek jest objęty ubezpieczeniem, warto sprawdzić obie części swojego planu lub zapytać ubezpieczyciela.



PODSTAWOWE ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Podstawowe świadczenia medyczne są częścią Twojego planu ubezpieczeniowego, która pomaga pokryć koszty poważnych lub długotrwałych potrzeb zdrowotnych, takich jak wizyty u specjalistów, zabiegi chirurgiczne, wizyty na pogotowiu i w przychodniach doraźnej opieki medycznej czy pobyt w szpitalu. Nie wszystkie plany ubezpieczeniowe są takie same, więc warto sprawdzić swój plan lub skontaktować się z ubezpieczycielem, aby dowiedzieć się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie medyczne.



TRWAŁY SPRZĘT MEDYCZNY

Trwały sprzęt medyczny to urządzenia, które zapewniają bezpieczeństwo, niezależność i wygodę w domu. W przypadku osób z SMA mogą to być na przykład wózki inwalidzkie, aparaty do dwupoziomowej wentylacji z dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (BiPAP lub BPAP), krzesła kąpielowe, siedziska adaptacyjne, ortozy i pionizatory. Ubezpieczenie często pokrywa koszty trwałego sprzętu medycznego, jeśli jest on przepisany i niezbędny z powodów medycznych, ale Twój lekarz może być zmuszony do złożenia dokumentów wyjaśniających, dlaczego jest on potrzebny.

Następnie zadaj swojemu pracodawcy i/lub ubezpieczycielowi poniższe pytania, aby się upewnić, że plan obejmuje Twoje leczenie:

- Czy są jakieś zasady albo kroki, których należy przestrzegać, aby spełnić wymóg „**medycznej konieczności**” w przypadku leczenia, które otrzymujemy?
- Czy potrzebujemy **skierowania** albo wcześniejszej zgody, zanim skorzystamy z jakiegoś świadczenia lub leczenia?
- Czy plan oferuje wsparcie w leczeniu rzadkich chorób?
- Czy konieczne będą **wydatki zewnętrzne** na nasz sprzęt medyczny lub leczenie?

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

Nawet jeśli Twój plan ubezpieczenia pokrywa dane świadczenie lub leczenie, może okazać się, że przed zatwierdzeniem konieczne będzie podjęcie kilku dodatkowych kroków. Oto kilka typowych obszarów, w których Twój zespół opieki może udzielić Ci pomocy:

Wymagania dotyczące skierowania

Skierowanie to zlecenie lub zalecenie od lekarza pierwszego kontaktu, dzięki któremu pacjent może zgłosić się do specjalisty, na przykład neurologa. Niektóre plany ubezpieczeniowe wymagają skierowania, aby skorzystać z opieki specjalistycznej. Bez skierowania Twój plan może nie pokryć kosztów świadczenia lub może naliczyć wyższą opłatę.

Wymogi dotyczące uprzedniego zatwierdzenia

Uprzednie zatwierdzenie (zwane również wstępnym zatwierdzeniem) oznacza, że Twój lekarz musi poprosić ubezpieczyciela o zgodę, zanim otrzymasz określone leczenie lub świadczenia. Wymóg uzyskania uprzedniego zatwierdzenia dotyczy zazwyczaj:

- leczenia SMA;
- trwałego sprzętu medycznego;
- badań genetycznych.

Jeśli nie uzyskasz zgody z wyprzedzeniem, Twoje ubezpieczenie może odmówić pokrycia kosztów.

Pismo w sprawie konieczności medycznej

Pismo w sprawie konieczności medycznej to list od lekarza wyjaśniający, dlaczego konkretne leczenie, lek lub sprzęt są ważne dla Twojego zdrowia. Pismo to często wykorzystuje się w celu:

- poparcia wniosków o uprzednie zatwierdzenie;
- jako pomoc przy odwołaniu się od odmowy pokrycia kosztów przez ubezpieczyciela.

Jeśli chcesz się dowiedzieć, co warto zawrzeć w piśmie w sprawie konieczności medycznej, odwiedź stronę z materiałami dotyczącymi ubezpieczenia [Cure SMA Insurance Resources page](#)



ZROZUMIENIE ROSZCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH, ODMÓW I ODWOŁAŃ

Gdy Ty lub bliska Ci osoba korzystacie z opieki medycznej, lekarz lub szpital wysyła wniosek o zwrot kosztów do Twojej firmy ubezpieczeniowej. Ten wniosek to prośba do Twojego ubezpieczyciela o pokrycie części kosztów danego świadczenia.

Prawo federalne wymaga, aby ubezpieczyciel zdrowotny udzielił odpowiedzi na roszczenie ubezpieczeniowe. Wymagane czasy odpowiedzi to:

- W ciągu 15 dni w przypadku ubiegania się o zgodę przed rozpoczęciem leczenia, zwykle określane jako „uprzednie zatwierdzenie”;
- W ciągu 30 dni w przypadku świadczeń medycznych, z których już skorzystano; oraz
- W ciągu 72 godzin w przypadku pilnych spraw medycznych

Czasami firma ubezpieczeniowa może odrzucić roszczenie, co oznacza, że nie pokryje całości lub części kosztów otrzymanych świadczeń. Może to być frustrujące – zwłaszcza w przypadku, gdy świadczenie jest potrzebne i zalecane przez pracownika ochrony zdrowia. W przypadku odrzucenia roszczenia firma ubezpieczeniowa wyśle pismo o odmowie.

Częste powody odmowy pokrycia kosztów leczenia to:

- Brak konieczności medycznej
 - › Ubezpieczyciele mogą stwierdzić, że leczenie nie jest potrzebne w oparciu o ich wytyczne. Decyzja ta może zależeć od Twojego wieku, wyników badań genetycznych, liczby kopii genu SMN2 albo tego, jak poważne są Twoje objawy.
- Lek spoza formularza
 - › Plany ubezpieczeniowe często zawierają preferowaną listę leków (tzw. „formularz”). Jeśli lek nie jest w nim uwzględniony, mogą odmówić pokrycia kosztów.
- Nie wolno stosować terapii podwójnej ani towarzyszącej
 - › Niektóre plany ubezpieczeniowe obejmują tylko jedno leczenie w danym czasie w przypadku określonych schorzeń. Mogą odmówić pokrycia kosztów, jeśli przepisano Ci więcej niż jedną metodę leczenia.



CO NALEŻY ZROBIĆ, GDY ZGŁOSZENIE ZOSTANIE ODRZUCONE

Jeżeli roszczenie zostanie odrzucone, przysługuje Ci prawo do **odwołania**.

Odwołanie to formalny wniosek do firmy ubezpieczeniowej o ponowne rozpatrzenie decyzji o odrzuceniu roszczenia. Odmowy pokrycia kosztów leczenia SMA z ubezpieczenia są powszechne. Zachęcamy jednak do rozważenia złożenia odwołania. Jak podano w raporcie State of SMA 2023, większość odwołań dotyczących leczenia SMA jest rozpatrywana pozytywnie.

ODMOWY UBEZPIECZENIA I ODWOŁANIA

55%

osób przyjmujących
leczenie z powodu SMA
otrzymało odmowę
pokrycia kosztów
leczenia SMA przez
ubezpieczyciela

Wynik odwołania od odmowy wypłaty odszkodowania (n=227)



Odmowy pokrycia kosztów i odwołania dotyczące leczenia SMA. Opracowano na podstawie raportu „State of SMA 2023” organizacji Cure SMA, 2024

Po złożeniu odwołania od pierwotnej odmowy pokrycia kosztów leczenia prawie trzy czwarte osób otrzymało zgodę na finansowanie leczenia SMA.

Przy podziale według wieku zaobserwowano podobne wyniki w odniesieniu do odwołań zarówno wśród pacjentów pediatrycznych, jak i dorosłych.



Ogólnie rzecz biorąc, jeśli Twoje roszczenie zostanie odrzucone, możesz złożyć formalne odwołanie, podejmując następujące kluczowe kroki:

Krok 1

Przed złożeniem odwołania: Porozmawiaj ze swoim zespołem medycznym. Większość ośrodków zatrudnia pracowników, którzy pomogą Ci lepiej zrozumieć tę procedurę i mogą złożyć odwołanie w Twoim imieniu.

Jeśli chcesz wspólnie z lekarzem przygotować odwołanie, musisz dostarczyć:

- kopię pisma o odmowie;
- wszelkie dokumenty z rozmów z firmą ubezpieczeniową;
- wszelkie informacje medyczne, które możesz posiadać.

W niektórych przypadkach Twój lekarz może bezpośrednio porozmawiać z lekarzem z firmy ubezpieczeniowej, aby wyjaśnić, dlaczego to leczenie jest potrzebne. Ta opcja, określana jako „peer-to-peer”, nie jest dostępna we wszystkich firmach ubezpieczeniowych, ale może przyspieszyć całą procedurę. Ty lub Twój lekarz możecie skontaktować się z firmą ubezpieczeniową, aby sprawdzić, czy jest to opcja, z której możesz skorzystać w ramach odwołania.





Możesz też skontaktować się ze swoim ubezpieczycielem, aby mieć pewność, że spełniasz wszystkie wymagania dotyczące odwołania. Zaleca się dokumentowanie rozmów z firmami ubezpieczeniowymi: należy zapisać datę, godzinę, czas trwania i szczegóły rozmowy, a także imię i nazwisko i/lub numer identyfikacyjny osoby, z którą się rozmawia. Tworzenie papierowego śladu może być pomocne przy składaniu odwołań.

Krok 2

Odwołanie wewnętrzne: Aby złożyć odwołanie wewnętrzne, Ty i/lub pracownik służby zdrowia musicie dostarczyć ubezpieczycielowi pismo z odwołaniem, w którym wyjaśniasz, dlaczego dane świadczenie, leczenie lub sprzęt są niezbędne z powodów medycznych. Odwołanie należy zazwyczaj złożyć w określonym terminie – często wynosi on 180 dni. Jeśli chcesz się dowiedzieć, co warto zawrzeć w piśmie z odwołaniem, odwiedź stronę z materiałami dotyczącymi ubezpieczenia [Cure SMA Insurance Resources](#). Firmy farmaceutyczne też udostępniają materiały, które pomagają w złożeniu odwołania w sprawie leczenia SMA.

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

Krok 3

Odwołanie zewnętrzne: Jeśli odwołanie wewnętrzne zostanie odrzucone, Ty lub Twój świadczeniodawca możecie wystąpić o rozpatrzenie sprawy przez osobę spoza firmy ubezpieczeniowej. Taką niezależną ocenę zazwyczaj przeprowadza agencja stanowa lub federalna. W ciągu 60 dni od odrzucenia odwołania wewnętrznego należy złożyć pisemny wniosek o przeprowadzenie weryfikacji zewnętrznej. Ważne jest, aby poprosić o opinię specjalisty w konkretnej dziedzinie, której dotyczy odmowa.



CO JEST OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO?

Jeśli ubezpieczyciel odmawia pokrycia kosztów leczenia lub świadczeń, może to być frustrujące. Ważne jest jednak, aby wiedzieć, że decyzję może podjąć nie tylko firma ubezpieczeniowa. W wielu przypadkach to pracodawca, a nie firma ubezpieczeniowa, ustala zasady dotyczące zakresu ubezpieczenia. Jeśli nie wiesz, dlaczego wniosek został odrzucony, przejrzyj dokumenty dotyczące Twojego planu lub porozmawiaj z działem kadr lub działem ds. świadczeń pracowniczych. Mogą Ci wyjaśnić, co obejmuje Twój plan. Firmy farmaceutyczne mogą też udostępniać materiały, które pomogą Ci przejść przez ten proces. Sprawdź łącza po lewej stronie, aby zapoznać się z dostępnymi wytycznymi dotyczącymi różnych terapii.





ZROZUMIENIE I ZARZĄDZANIE KOSZTAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jeśli chodzi o opłacanie ubezpieczenia zdrowotnego, warto mieć świadomość kosztów, jakie poniesiemy. Dostępne są narzędzia, które pomogą Ci oszacować i porównać koszty związane z ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym **współubezpieczenie**, **współpłaćności** i **udziały własne**. Oprócz aplikacji do planowania budżetu, które można pobrać na smartfony, organizacje, takie jak Fair Health Consumers udostępniają kalkulator pomagający oszacować koszty procedur i świadczeń medycznych w lokalizacji danego kodu pocztowego, w której korzystasz z opieki. Bez względu na to, czy masz ubezpieczenie czy też nie, otrzymany kosztorys pokaże ile mogą wynosić koszty opieki.

Dowiedz się więcej na stronie fairhealthconsumer.org/



ŚWIADCZENIODAWCY POZA SIECIĄ UBEZPIECZEŃ

Ponieważ SMA jest uważane za rzadkie schorzenie, znalezienie świadczeniodawcy, który zna wszystkie tajniki tego zaburzenia i związane z nim wyzwania, może być trudne. Dlatego ważne jest, aby wiedzieć, którzy świadczeniodawcy i które placówki opieki zdrowotnej są objęte planem ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczyciele zarządzają i przewidują koszty poprzez tworzenie sieci usługodawców (tj. umowy z lekarzami, szpitalami i innymi pracownikami ochrony zdrowia, od których oczekuje się świadczenia opieki po wynegocjowanych stawkach). Wizyta u świadczeniodawcy lub w szpitalu należącym do sieci ubezpieczeniowej (**świadczeniodawca będący częścią sieci**) przynosi szereg korzyści, w tym niższe koszty bieżące i korzystniejsze świadczenia ubezpieczeniowe. Jednak w ostatnich latach ubezpieczyciele zawężają sieci, aby utrzymać koszty na niskim poziomie. W związku z tym istnieje prawdopodobieństwo, że nie każdy lekarz, szpital czy placówka medyczna będą objęci planem ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczyciel oferuje katalogi usługodawców, które pomagają zorientować się jacy świadczeniodawcy i szpitale są w jego sieci.





KOSZTY Z WŁASNEJ KIESZENI

Wiele planów ubezpieczeń zdrowotnych nalicza obecnie wyższe składki i obciąża pacjentów większymi kosztami ponoszonymi z własnej kieszeni (out-of-pocket), co stanowi większe obciążenie dla osób cierpiących na SMA i ich opiekunów. Istnieją jednak zasoby, które mogą pomóc w przewidywaniu kosztów opieki zdrowotnej i zarządzaniu nimi. Należy wiedzieć, że firma ubezpieczeniowa nie może odmówić ochrony, odmówić odnowienia ochrony ani pobierać wyższych składek z powodu SMA.

Koszty ponoszone z własnej kieszeni to wydatki na opiekę zdrowotną, które nie są bezpośrednio refundowane przez ubezpieczenie, w tym:

Składka: kwota, którą płaci się co miesiąc za posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od tego, czy korzysta się z planu ubezpieczeniowego.

Udział własny: kwota, którą należy zapłacić za usługi opieki zdrowotnej objęte planem ubezpieczeniowym, zanim ubezpieczenie zacznie wypłacać pieniądze.

Współubezpieczenie: procent, jaki pacjent płaci za koszt świadczenia medycznego objętego ubezpieczeniem po opłaceniu ewentualnego udziału własnego.

Współpłatność: stała kwota w dolarach, którą pacjent płaci za usługę opieki zdrowotnej objętą ubezpieczeniem.

W ramach większości planów ubezpieczeń zdrowotnych istnieje maksymalna kwota wydatków, jaką należy ponieść za świadczenia objęte ubezpieczeniem w danym roku ubezpieczeniowym. Sposób osiągnięcia tego maksimum zależy od wysokości udziału własnego i procentu współubezpieczenia.

WSPARCIE W ZAKRESIE POKRYWANIA WYDATKÓW PONOSZONYCH Z WŁASNEJ KIESZENI

Nawet w przypadku zatwierdzenia leczenia możesz nadal ponieść koszty z własnej kieszeni. Jeśli koszty leczenia są wysokie, możesz skorzystać z poniższych opcji:

- Firmy wytwarzające leki na SMA oferują programy wsparcia dla pacjentów, które pomagają pokryć koszty leczenia. Programy te mogą zapewniać pomoc finansową, zniżki lub nawet bezpłatne leki osobom, które się kwalifikują. Więcej informacji o poszczególnych programach i o tym, jak się zgłosić, znajdziesz na podanych stronach.
 - ✓ [Evrysdi®](#)
 - ✓ [Itvisma®](#)
 - ✓ [Spinraza®](#)
 - ✓ [Zolgensma®](#)
- Rozważ skontaktowanie się z organizacjami non-profit, które oferują programy wsparcia w pokryciu kosztów współpłatności, takimi jak:
 - PAN Foundation: <https://www.panfoundation.org>
 - Patient Advocate Foundation CoPay Relief Fund: <https://copays.org/>
- Sprawdź, czy dostępne są programy stanowe lub odstępstwa od zasad Medicaid, które mogłyby zapewnić Ci większe wsparcie lub szerszy zakres ubezpieczenia.
 - Możesz poprosić o dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia finansowanego przez rząd, wypełniając ten [formularz wniosku Cure SMA](#) i klikając łącze „Przewodniki po zasobach dostępnych w poszczególnych stanach”:
- Poszukaj w Internecie kart rabatowych na leki na receptę. Czasami mogą obniżyć ceny niektórych leków w Twojej aptece.



GLOSARIUSZ

Dochód spoza pracy: Dochody uzyskane z innych źródeł niż praca, w tym dochody z posiadania majątku (tzw. dochody z własności), spadki, emerytury, renty, inwestycje, odsetki oraz płatności otrzymywane z opieki społecznej.

Dochód uznany: Część dochodów i zasobów niekwalifikującego się współmałżonka, która jest uznawana za Twoją.

Dochód uzyskany: Dochód pochodzący ze źródeł, takich jak płace, wynagrodzenia, napiwki i inne podlegające opodatkowaniu wynagrodzenia pracowników, świadczenia związkowe, długoterminowe renty inwalidzkie otrzymywane przed osiągnięciem minimalnego wieku emerytalnego oraz dochody netto z samozatrudnienia.

Dochód w naturze: Dochód inny niż pieniężny. Obejmuje on wiele świadczeń pracowniczych oraz dóbr i usług dostarczanych przez rząd, takich jak zwolnienie z opłat za drogi, kartki żywnościowe, szkolnictwo publiczne czy uspołeczniona opieka zdrowotna.

Konieczność medyczna: Świadczenia lub materiały medyczne, które spełniają przyjęte standardy opieki i są potrzebne w celu zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, zaburzenia, choroby lub jej objawów.

Koszty z własnej kieszeni (zwane czasem OOP – Out-of-pocket): Kwota pieniędzy, jaką dana osoba może być zmuszona zapłacić za świadczenia medyczne objęte ubezpieczeniem, która może się różnić w zależności od planu ubezpieczenia zdrowotnego i może obejmować udziały własne, współubezpieczenie i współpłatności.

Limit kosztów z własnej kieszeni (Out-of-pocket limit): Maksymalna kwota, jaką pacjent musi zapłacić przez okres zazwyczaj jednego roku, zanim program zacznie pokrywać 100 procent kosztów.

Medicaid: Program ubezpieczeń zdrowotnych, który jest zarządzany przez rząd stanowy i zapewnia ochronę osobom o niskich dochodach lub dzieciom niepełnosprawnym i wymagającym specjalnej opieki. W większości stanów beneficjenci Medicaid są zazwyczaj objęci jednym z następujących programów:

- **Fee-for-service (opłata za świadczenie)** – model płatności, w którym świadczenia są rozdzielone i opłacane oddzielnie.
- **State Medicaid (Medicaid stanowy)** – pojedynczy program o zasięgu ogólnostanowym prowadzony przez rząd stanowy.
- **Medicaid Managed Care (Zarządzana Opieka Medicaid)** – system, w którym pacjenci zgadzają się na wizyty tylko u określonych lekarzy i w określonych szpitalach, a koszty leczenia są monitorowane przez firmę zarządzającą. Program ten jest prowadzony przez prywatne ubezpieczenie zdrowotne, które jest zakontraktowane przez dany stan.

Medicare: Rządowy program ubezpieczeń zdrowotnych, który zapewnia ochronę dla osób w wieku 65 lat i starszych oraz dla osób poniżej 65. roku życia, które są niepełnosprawne. Medicare składa się z czterech części:

- **Część A** – Ubezpieczenie szpitalne (stacjonarna opieka szpitalna, stacjonarna opieka w Ośrodku Specjalistycznej Opieki Pielęgniarskiej, opieka hospicyjna i niektóre domowe usługi zdrowotne).
- **Część B** – Ubezpieczenie medyczne (usługi lekarskie, opieka ambulatoryjna, sprzęt medyczny trwałego użytku, świadczenia medyczne świadczone w domu oraz wiele usług profilaktycznych).
- **Część C** – Medicare Advantage (MA) (zatwierdzone przez Medicare, prywatne firmy ubezpieczeniowe świadczą wszystkie usługi Części A i Części B, i mogą zapewnić pokrycie kosztów leków na receptę oraz inne dodatkowe świadczenia).
- **Część D** – The Prescription Drug Benefit (Świadczenie Leków na Receptę – zatwierdzone przez Medicare firmy prywatne zapewniają pokrycie kosztów ambulatoryjnych leków na receptę).
 - Beneficjenci Medicare, którzy spełniają określone limity dochodów i zasobów, mogą kwalifikować się do programu Extra Help, który pomaga w opłacaniu miesięcznych składek, corocznych udziałów własnych i współpłatności.



Odwołanie: Wniosek do planu ubezpieczeń zdrowotnych o ponowne rozpatrzenie odmowy pokrycia kosztów określonego świadczenia lub produktu.

Plan Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci (Children's Health Insurance Plan, CHIP):

Charakteryzujące się niskim kosztem ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci z rodzin, które przekraczają próg dochodów kwalifikujących do Medicaid, ale których nie stać na inne plany ubezpieczenia zdrowotnego.

Podwójne uprawnienie (beneficjenci podwójnie uprawnieni): Podwójnie uprawniony beneficjent to osoba, która kwalifikuje się zarówno do Medicare, jak i Medicaid. Termin ten obejmuje osoby, które są zapisane do Medicare Part A i/lub Part B i otrzymują pełne świadczenia Medicaid i/lub pomoc w opłacaniu składek Medicare lub partycypacji w kosztach poprzez jedną z następujących kategorii Medicare Savings Program (MSP – Programu Oszczędnościowego Medicare):

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB – Program Kwalifikowanych Beneficjentów Medicare)** – Pomaga w opłacaniu składek na część A i/lub część B, odliczeń, udziału własnego i współpłatności.
- **Program Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB – Określony Beneficjent Medicare o Niskich Dochodach)** – Pomaga w opłacaniu składek na Część B.
- **Program Qualifying Individual (QI – Program dla osób kwalifikujących się)** – Pomaga w opłacaniu składek na Część B.
- **Program Qualified Disabled Working Individual (QDWI – Kwalifikowana Niepełnosprawna Osoba Pracująca)** – Opłaca składki na część A dla niektórych osób, które są niepełnosprawne i pracują.

Podział kosztów: Udział w kosztach opieki, który musi zostać pokryty przez daną osobę.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne: Znane również jako ubezpieczenie komercyjne, szeroka kategoria ubezpieczeń zdrowotnych, w których świadczenia są nabywane bezpośrednio od planu ubezpieczeń zdrowotnych lub za pośrednictwem pracodawcy, brokera lub publicznego rynku ubezpieczeń zdrowotnych (znanego również jako giełda ubezpieczeniowa).

Rozsądne i zwyczajowe opłaty: Opłaty pobierane przez plan ubezpieczenia zdrowotnego za konkretną usługę medyczną lub leczenie; opłaty uważane za uzasadnione i zwyczajowe odpowiadają ogólnym przeważającym kosztom tego świadczenia na danym obszarze geograficznym, obliczonym przez plan ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczeniodawca objęty siecią (lub świadczeniodawca preferowany): Świadczeniodawca, z którym ubezpieczyciel podpisał umowę na świadczenie usług opieki zdrowotnej na rzecz członków lub ubezpieczonych w ramach planu ubezpieczeniowego.

Sieć: Instytucje, świadczeniodawcy i dostawcy, z którymi współpracuje plan ubezpieczeniowy w celu świadczenia usług opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca spoza sieci (lub świadczeniodawca niepreferowany): Świadczeniodawca, który nie należy do sieci Twojego planu ubezpieczeniowego.

Składka ubezpieczeniowa: Kwota, którą musi zapłacić rodzina lub osoba fizyczna, aby uzyskać ubezpieczenie, zazwyczaj płaćna co miesiąc.

Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej: Pracownik ochrony zdrowia, który zapewnia opiekę i koordynuje dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych.

Sieć świadczeniodawców: Grupa świadczeniodawców, placówek ochrony zdrowia i dostawców, z którymi ubezpieczyciel podpisał umowy na świadczenie usług i dostarczanie produktów.

Skierowanie: Zlecenie, pozwolenie lub zalecenie wydane przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej, aby pacjent otrzymał opiekę specjalistyczną; na przykład niektóre osoby z SMA mogą potrzebować skierowania na wizytę u specjalisty, takiego jak pulmonolog lub ortopeda.



TRICARE: Program opieki zdrowotnej dla członków służb mundurowych, do których należą członkowie armii USA, sił powietrznych USA, marynarki wojennej USA, korpusu piechoty morskiej USA, straży przybrzeżnej USA, korpusu komisarycznego publicznej służby zdrowia USA oraz korpusu komisarycznego Narodowego Stowarzyszenia Oceanicznego i Atmosferycznego, a także ich rodziny na całym świecie.

- Emerytowani żołnierze mogą być uprawnieni zarówno do świadczeń TRICARE, jak i VA Care.
- Personel, który odszedł ze służby z powodu choroby lub niepełnosprawności związanej ze służbą, może być uprawniony do świadczeń VA i niektórych świadczeń TRICARE.

Trwały sprzęt medyczny: Sprzęt i artykuły medyczne zamówione przez świadczeniodawcę do codziennego lub długotrwałego użytku przez okres dłuższy niż trzy lata, np. wózek inwalidzki lub urządzenie wspomagające oddychanie.

Ubezpieczenie dodatkowe/uzupełniające (lub płatnik dodatkowy/uzupełniający): W przypadku osób posiadających więcej niż jedno źródło ubezpieczenia zdrowotnego – dodatkowe źródło ochrony, które pokrywa koszty świadczeń lub koszty niepokrywane przez podstawowe ubezpieczenie zdrowotne.

Ubezpieczenie podstawowe (lub główny płatnik): W przypadku osób posiadających więcej niż jedno źródło ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczenie podstawowe to główne źródło ochrony, które płaci w pierwszej kolejności, chyba że dane świadczenie lub produkt opieki zdrowotnej nie są objęte ubezpieczeniem.

Ubezpieczenie zdrowotne finansowane przez rząd: Szeroka kategoria programów ubezpieczeń zdrowotnych, za pośrednictwem których udzielane są świadczenia ubezpieczeniowe (np. Medicare, Medicaid i CHIP).

Ubezpieczenie zdrowotne finansowane przez rząd: Podmiot publiczny, który ułatwia zakup prywatnego komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdy ubezpieczenie opłacane przez pracodawcę nie jest dostępne lub nie można sobie na nie pozwolić. Osoby o ograniczonych dochodach, które wykupią ubezpieczenie za pośrednictwem publicznego rynku ubezpieczeń, mogą kwalifikować się do otrzymania dotacji rządowych na obniżenie składek lub udziału w kosztach, lub na oba te cele.

Uprzednie zatwierdzenie (lub preautoryzacja): Wymóg planu ubezpieczenia zdrowotnego, który przed udzieleniem zgody na pokrycie kosztów decyduje, czy leczenie lub lek są niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Udział własny: Kwota, jaką należy zapłacić za usługi świadczenia medyczne objęte ubezpieczeniem, zanim ubezpieczenie zacznie wypłacać świadczenia.

VA Care: Świadczenia opieki zdrowotnej dla osób, które służyły w siłach zbrojnych i zostały zwolnione ze służby na zasadach innych niż zwolnienie niehonorowe.

- Obecni i byli członkowie Rezerw lub Gwardii Narodowej, którzy zostali powołani do aktywnej służby na mocy rozkazu federalnego i odbyli pełny okres służby, na który zostali powołani lub otrzymali rozkaz, mogą również kwalifikować się do świadczeń zdrowotnych VA.
- Emerytowani żołnierze mogą być uprawnieni zarówno do świadczeń TRICARE, jak i VA Care.
- Personel, który odszedł ze służby z powodu choroby lub niepełnosprawności związanej ze służbą, może być uprawniony do świadczeń VA i niektórych świadczeń TRICARE.

Współubezpieczenie: Procent kosztów świadczenia medycznego objętego ubezpieczeniem po zapłaceniu udziału własnego, np. 5 procent dopuszczalnej kwoty zapłaconej lekarzowi.

Współpłatność: Stała kwota w dolarach, którą płaci się za świadczenia medyczne objęte ubezpieczeniem, np. 20 dolarów za wizytę u lekarza.



CURE SMA

Cure SMA to organizacja non-profit i największa na świecie sieć rodzin, klinicystów i naukowców pracujących wspólnie nad rozwojem badań nad SMA, wspieraniem osób dotkniętych chorobą i ich opiekunów oraz edukacją ogółu społeczeństwa i społeczności medycznej w zakresie SMA.

Cure SMA oferuje bezstronne wsparcie. Jesteśmy tu, aby pomóc wszystkim osobom cierpiącym na SMA i ich bliskim, i nie wspieramy żadnych konkretnych wyborów ani decyzji. Poszczególne osoby i ich opiekunowie podejmują różne decyzje dotyczące tego, co jest najlepsze w ich sytuacji, zgodnie ze swoimi osobistymi przekonaniami. Rodzice i inni ważni członkowie rodziny powinni mieć możliwość rozmowy na temat swoich odczuć związanych z tymi tematami i zadawania pytań zespołowi, który opiekuje się danym pacjentem z SMA. Tego rodzaju decyzji nie należy podejmować pochopnie, a wszystkie możliwości należy starannie przemyśleć i rozważyć. Wszystkie wybory związane z SMA są bardzo osobiste i powinny odzwierciedlać osobiste wartości, a także to, co jest najlepsze dla danej osoby i jej opiekunów.



Cure SMA jest tu, aby pomagać. Aby poszerzyć swoją wiedzę, prosimy zapoznać się z dostępnymi broszurami z serii dotyczącej opieki:

- Podstawy oddychania
- Opcje opieki
- Genetyka SMA
- Układ mięśniowo-szkieletowy
- Podstawy żywienia
- Zrozumieć SMA

NASZĄ MISJĄ JEST WSPIERANIE BADAŃ NAD METODAMI LECZENIA I ZNALEZIENIEM LEKARSTWA NA SMA, A TAKŻE WSPIERANIE I WZMACNIANIE WSZYSTKICH OSÓB, KTÓRE DZIŚ BORYKAJĄ SIĘ Z TĄ CHOROBA.



Obserwuj nas w mediach
społecznościowych, aby na bieżąco
śledzić najnowsze wiadomości i relacje!



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