



CURE SMA

БРОШЮРА СЕРИИ
«ПОМОЩЬ ПРИ СМА»

ДОРОЖНАЯ КАРТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ
СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ (СМА), И ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА НИМИ

ВЫБОР И ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ И УХОДУ

СОДЕРЖАНИЕ

Стр. №	Раздел
3	ВВЕДЕНИЕ
4	КОРОТКО О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
5	О ЧАСТНОМ СТРАХОВАНИИ
5	О СТРАХОВАНИИ, ФИНАНСИРУЕМОМ ГОСУДАРСТВОМ
8	О ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ ПРОГРАММАХ
9	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С РЕСУРСАМИ
10	ПОНИМАНИЕ ТОГО, ЧТО ПОКРЫВАЕТ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
11	Доступ к услугам, покрываемым страховкой
12	Что может покрывать страховка
13	ПОНИМАНИЕ СТРАХОВЫХ ЗАЯВОК, ОТКАЗОВ И АПЕЛЛЯЦИЙ
13	РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ОТКАЗА В ЛЕЧЕНИИ
14	Что делать, если претензия отклонена
16	ПОНИМАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ РАСХОДАМИ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
16	ВНЕ СЕТИ
17	Собственные расходы
17	Помощь в покрытии собственных расходов на лечение
18	ГЛОССАРИЙ

ВВЕДЕНИЕ

Разобраться в медицинском страховании и спрогнозировать свои расходы на медицинское обслуживание может быть непросто.

Данный набор инструментов призван помочь вам разобраться в вашем медицинском страховом покрытии и обеспечить его соответствие вашим потребностям. В нем представлен обзор следующего:

- Различные типы доступного медицинского страхования.
- Ресурсы, которые помогут вам понять различные типы медицинского страхования и связанные с ними термины.
- Как работает покрытие, и что может покрывать страхование.
- На что обращать внимание и о чем спрашивать при ознакомлении с информацией о страховом полисе.
- Как разговаривать со страховыми компаниями о вариантах страхования и новых методах лечения.
- Как разобраться в страховых отказах и апелляциях.
- Как найти помощь для покрытия расходов, которые могут не покрываться традиционными планами медицинского страхования.



Определение многих терминов, используемых в этом буклете, представлено в глоссарии, который начинается на стр. 18.



КОРОТКО О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Медицинское страхование помогает защитить как ваше здоровье, так и ваши финансы. Благодаря страховому покрытию вы можете получить необходимую медицинскую помощь, снижая риск получения вами высоких медицинских счетов.

В США существует два основных вида медицинского страхования:

- **Частное медицинское страхование** (также известное как **коммерческое медицинское страхование**), которое представляет собой любой план медицинского страхования, приобретаемый в частном порядке; во многих случаях частную медицинскую страховку можно оформить через работодателя.
- **Медицинское страхование, финансируемое государством**, что означает страховые выплаты, предоставляемые через государственную программу, такую как **Medicare**, **Medicaid** или **Children's Health Insurance Program (CHIP)**.

Очень важно определить подходящее страховое покрытие. Если вы или кто-то из вашей семьи страдает СМА, вы можете выбирать из нескольких планов страхования в зависимости от места вашего проживания и соответствия критериям по доходу и ресурсам/активам.

Чтобы найти план страхования, который лучше всего подходит вам и/или вашей семье, необходимо задать следующие вопросы и получить ответы:

- Соответствую ли я или мой близкий критериям на получение государственного страхования?
- (Если вы работаете) Какое страхование предлагает мой работодатель?
- (Если вы женаты/замужем) Лучшим вариантом для моей семьи является моя страховка или страховка супруга(-и)?



О ЧАСТНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Существует множество различных типов планов частного медицинского страхования. Каждый план страхования уникален и предлагает различные уровни покрытия. Они часто предоставляются через работодателя или приобретаются напрямую отдельными лицами или семьями.

- Как получить право на участие в программе: Вы можете зарегистрироваться через своего работодателя, на бирже страхования [Health Insurance Marketplace](#) или напрямую через страховую компанию.
- Что покрывает план страхования: Покрытие зависит от вида плана, но может включать визиты к врачу, стационарное лечение, лекарственные препараты, помощь с транспортировкой, различные виды терапии и услуги специалистов.

О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ, ФИНАНСИРУЕМОМ ГОСУДАРСТВОМ

Финансируемые государством программы страхования предназначены для того, чтобы помочь пожилым людям, людям с более низким доходом и лицам с инвалидностью получить необходимую помощь. Возможно, у вас уже есть частная медицинская страховка на момент постановки диагноза СМА. Однако вы также можете отвечать критериям на участие в государственных программах, помогающих оплатить расходы, не покрываемые частной медицинской страховкой. Первым шагом к обеспечению соответствия критериям на получение государственной помощи является получение официального подтверждения диагноза СМА от Администрации социального обеспечения США. Чтобы узнать больше об этом процессе, обратитесь в отдел обслуживания лиц с инвалидностью вашего штата. Ниже перечислены финансируемые государством программы страхования, на которые вы можете претендовать.

MEDICARE

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, а также для лиц моложе 65 лет, имеющих определенные виды инвалидности, такие как СМА. Ее можно использовать вместе с Medicaid или частной страховкой.

- Как получить право на участие в программе, если вам меньше 65 лет: Если у вас есть инвалидность, например СМА, вы можете соответствовать критериям после получения пособия по программе социального страхования по инвалидности (SSDI) в течение двух лет. SSDI — это программа, которая предоставляет ежемесячные выплаты тем, у кого диагностировано соответствующее критериям заболевание, влияющее на их работоспособность. Узнайте, соответствуете ли вы требованиям, посетив [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc)
- Что она покрывает: Пребывание в больнице, визиты к врачу, оборудование и профилактический уход.
- Как подать заявку: Узнайте больше на сайте [medicare.gov](https://www.medicare.gov)





MEDICAID

Medicaid — это программа штата, финансируемая из средств штата и из федеральных средств. Medicaid предоставляет недорогое, в некоторых случаях бесплатное медицинское страхование лицам с ограниченными доходами и ресурсами, лицам с инвалидностью и беременным женщинам.

- Как получить право на участие в программе: Правила различаются в зависимости от штата. Вы можете соответствовать требованиям в зависимости от вашего дохода или статуса инвалидности. Чтобы узнать больше о требованиях к доходу и наличию ресурсов для получения права на участие в программе, посетите www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart. В некоторых штатах вы можете автоматически получить право на участие в программе Medicaid, если получаете дополнительный социальный доход (SSI). Некоторые штаты также предлагают варианты, которые учитывают медицинские расходы при определении соответствия критериям.
- Что она покрывает: Визиты к врачу, стационарное лечение, медицинские обследования, оборудование, разные виды терапии, услуги по уходу и даже транспортировку на приемы у врача.

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВКУ:

- Подайте заявку в офис Medicaid вашего штата или HealthCare.gov. Для Medicaid не предусмотрен ограниченный период регистрации. Если вы или ваш близкий соответствуете требованиям, покрытие может начать действовать незамедлительно в любое время года. Поскольку правила Medicaid различаются в зависимости от штата, рекомендуем вам поговорить со своим лечащим врачом, специалистом Medicaid или местной программой поддержки, чтобы понять, каким требованиям вы можете соответствовать и какие шаги следует предпринять.

ПРАВИЛО «ТРАТЫ ИЗЛИШКОВ» MEDICAID

Даже если ваш доход превышает традиционный уровень дохода для соответствия критериям, вы можете иметь право на получение Medicaid в рамках расширения Medicaid или в соответствии с правилами «траты излишков». Некоторые штаты расширили покрытие Medicaid, включив в него жителей с доходом семьи ниже 133% от федерального уровня бедности.

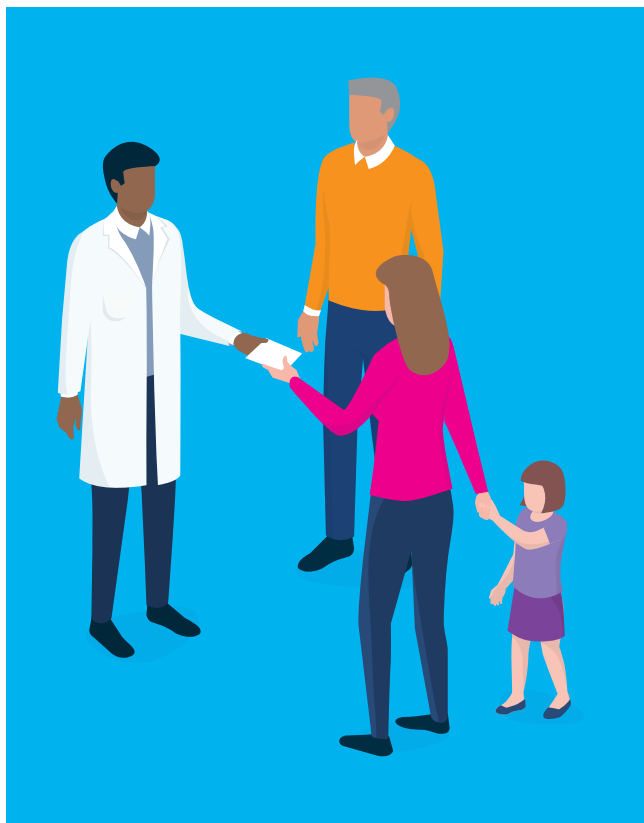
Посетите www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy, чтобы узнать больше о требованиях к соответствию критериям. Кроме того, можно получать доход и при этом сохранять право на SSI и медицинское страховое покрытие Medicaid до достижения определенного порога заработка в соответствии с разделом 1619(b). Если вы имеете право на SSI, пользуетесь медицинским страхованием Medicaid и работаете, раздел 1619(b) позволяет вам продолжать работать и сохранять страховое покрытие Medicaid без необходимости применять правило «траты излишков» Medicaid. Чтобы узнать больше о разделе 1619(b), включая соответствие критериям и исключения из правила, посетите www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm.





CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM

CHIP предлагает недорогое медицинское покрытие для детей в семьях, в которых доход превышает уровень, установленный для соответствия критериям Medicaid, но которые не могут позволить себе другую медицинскую страховку. Для семей, имеющих право на получение CHIP, не требуется приобретение частного плана медицинского страхования.



- Как получить право на участие в программе: Каждый штат устанавливает свои собственные правила на основании дохода семьи и возраста вашего ребенка. Для получения дополнительной информации обратитесь в местное управление Medicaid вашего штата.
- Что покрывает план страхования: Посещения врача, лекарственные препараты, стационарное лечение, различные виды терапии и оборудование, связанные со СМА.
- Как подать заявку: Подайте заявку через офис Medicaid вашего штата или [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Крайнего срока регистрации нет, но CHIP нельзя использовать одновременно с Medicaid. В вашем штате программа может называться иначе.



О ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ ПРОГРАММАХ

Помимо финансируемых государством программ страхования, таких как Medicaid и Medicare, существуют и другие полезные программы, которые могут помочь людям или семьям, страдающим СМА. Эти программы не заменяют вашу страховку, но могут предоставить дополнительную помощь, такую как финансовая поддержка, доступ к медицинскому обслуживанию или покрытие услуг, не включенных в ваш основной план медицинского страхования. В этом разделе представлены программы, на которые вы можете претендовать.

SOCIAL SECURITY INCOME (SSI)

SSI — это федеральная программа, которая предоставляет ежемесячные денежные выплаты, чтобы помочь лицам с ограниченным доходом в возрасте 65 лет и старше, слепым или имеющим инвалидность, например СМА.

- Как получить право на участие в программе: Человек должен соответствовать требованиям к уровню дохода и объему имеющихся ресурсов. Размер дохода, который вы можете получать ежемесячно и при этом соответствовать критериям SSI, в некоторой степени зависит от места вашего проживания. Однако одинокий человек, как правило, должен иметь ресурсы общей стоимостью не более 2000 долл. США (не более 3000 долл. США для пар). Ресурсы включают такие вещи, как сбережения, инвестиции или имущество (как правило, не включают дом или автомобиль).
- Что предлагается: Ежемесячные денежные выплаты для удовлетворения основных потребностей, таких как еда, одежда и жилье.

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВКУ:

- Для детей: Ознакомьтесь со стартовым набором Child Disability Starter Kit по ссылке www.ssa.gov/pubs/EN-64-112.pdf, чтобы подготовиться к заполнению Отчета об инвалидности ребенка, позвонив в SSA по телефону 1-800-772-1213 или заполнив отчет онлайн по адресу www.ssa.gov/childdisabilityreport.
- Для взрослых: Ознакомьтесь с дополнительной информацией и заполните онлайн-заявку на сайте www.ssa.gov/ssi или позвонив по телефону 1-800-772-1213.
- Если вы считаете, что вам нужна дополнительная помощь в процессе подачи заявки на получение SSI, знайте: вы не одиноки. Вы можете найти *отдел профессиональной реабилитации* вашего штата или *местный отдел обслуживания лиц с инвалидностью*, чтобы получить помощь. Ваш лечащий врач также может проконсультировать вас или направить к специалисту, который сможет оказать необходимую помощь.



ПРОГРАММЫ MEDICAID НА ОСНОВЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОБЩИХ ТРЕБОВАНИЙ

Программы Medicaid на основе освобождения от общих требований предоставляют дополнительные услуги людям с ограниченными возможностями, которым требуется ежедневный или специальный уход дома или в сообществе. Эти программы часто предлагают больше, чем обычная программа Medicaid. Имейте в виду, что поскольку программы Medicaid на основе освобождения от общих требований зависят от штата, услуги, предоставляемые в рамках таких программ, не будут распространяться на другие штаты, при этом во многих штатах имеется список ожидания на получение таких услуг.

- Как получить право на участие в программе: Не во всех штатах действуют одинаковые правила и льготы. Соответствие критериям часто определяется скорее медицинскими потребностями, чем доходом.
- Что она покрывает: Услуги, такие как медицинское обслуживание на дому, различные виды терапии, адаптивное оборудование и программы поддержки, которые помогают в повседневной жизни.
- Как подать заявку: Программы на основе освобождения от общих требований различаются в зависимости от штата. Чтобы узнать больше об освобождениях от общих требований, доступных в вашем штате, посетите сайт [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov). Затем в раскрывающемся списке Medicaid выберите «Section 1115 Demonstration» (Демонстрация раздела 1115).



ОЗНАКОМЬТЕСЬ С РЕСУРСАМИ

Разобраться в страховании и медицинском обслуживании может быть непросто, но вам не обязательно делать это в одиночку. На этом пути вам доступны люди и программы, которые могут оказать необходимую поддержку.

[Страница страховых ресурсов Cure SMA](#)

- ✓ Руководства по ресурсам штатов
- ✓ Контрольный список для письма о медицинской необходимости
- ✓ Контрольный список процесса **обжалования** страхового решения

[Службы поддержки для лечения СМА](#)

- ✓ [Эврисди®](#)
- ✓ [Итвисма®](#)
- ✓ [Спинраза®](#)
- ✓ [Золгенсма®](#)





ПОНИМАНИЕ ТОГО, ЧТО ПОКРЫВАЕТ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



Планы медицинского страхования различаются, и на то, какие услуги, лечение и оборудование покрываются, могут влиять многие факторы. Поскольку организация ухода за вами или вашим близким может быть сложной, важно знать, куда обращаться за информацией, и поддерживать постоянный диалог с вашим работодателем и вашей страховой компанией.

Большинство планов сопровождаются описанием — иногда называемым *Обзором льгот и страхового покрытия* — которое позволяет быстро понять, что включает в себя план. С этого удобно начать, когда вы пытаетесь разобраться в своих льготах. Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов страховой компании, чтобы задать вопросы.

Если вы получаете страховку через работу, вы также можете поговорить со своим работодателем. Они могут предоставить обзор плана, включая то, что он покрывает и сколько стоит. Вы можете запросить документ с описанием плана медицинского страхования работодателя, в котором определяются льготы, предлагаемые сотруднику. В нем содержится более подробная информация, чем в кратком обзоре предлагаемых льгот. У них также может быть сотрудник отдела кадров (HR) или контактное лицо в страховой компании, которое может помочь ответить на вопросы.



Чтобы лучше понять, что покрывается страховкой, ознакомьтесь с подробной информацией о вашем плане и подумайте об услугах, лечении и оборудовании, которые наиболее важны для вас или вашего близкого, особенно о тех, которыми вы часто пользуетесь. Обязательно учитывайте следующее:

- Какие медицинские услуги мы используем чаще всего?
- Покрываются ли этим планом услуги посещаемых специалистов (например, неврологов или пульмонологов)? Они **входят** или **не входят в сеть** страхования?
- Будет ли план покрывать услуги физиотерапии, эрготерапии и логопедической терапии?
- Покрывает ли план необходимые варианты лечения?
- Сможем ли мы продолжить лечение, которое уже используем?
- Покрывает ли план **медицинское оборудование длительного пользования (DME)** такое, как инвалидные коляски или устройства для дыхания?
- Существует ли конкретная аптека, которую нам нужно использовать? Можем ли мы там получить лекарства по рецепту?

ЧТО МОЖЕТ ПОКРЫВАТЬ СТРАХОВКА

Медицинское страхование может помочь оплатить многие виды медицинской помощи, такие как визиты к врачу, лекарственные препараты, оборудование и лечение. Распространенные типы покрытия включают:



МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Такие услуги включают визиты к врачам и специалистам, пребывание в больнице, реабилитацию и медицинскую помощь на дому. Для некоторых из них может потребоваться направление вашего основного лечащего врача или предварительное одобрение страховой компании. Медицинские услуги также включают важные обследования, такие как генетический анализ для подтверждения диагноза, дыхательные тесты, визуализирующие обследования или проверки питания для мониторинга лечения в динамике.



ПОКРЫТИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ (АПТЕЧНАЯ ЛЬГОТА)

Покрытие рецептурных препаратов помогает оплачивать лекарственные препараты, которые вы обычно получаете в аптеке. Некоторые виды лечения, такие как инъекции в клинику или инфузии на дому, могут покрываться в рамках медицинских услуг, а не аптечных льгот. Если вы не уверены, как покрывается лекарство, рекомендуется проверить обе части вашего плана или обратиться к вашей страховой компании.



ОСНОВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Основное медицинское страхование — это часть вашего страхового плана, которая помогает оплачивать значительные или длительные медицинские потребности, такие как услуги специалистов, хирургические процедуры, обращения в отделение неотложной помощи или в службу неотложной медицинской помощи, а также пребывание в стационаре. Не все страховые планы одинаковы, поэтому рекомендуется проверить свой план или связаться со своей страховой компанией, чтобы узнать, что покрывается основным медицинским страхованием.



МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ (DME)

DME — это оборудование, которое помогает обеспечить безопасность, самостоятельность и комфорт дома. Для людей со СМА это может включать инвалидные коляски, аппараты для вентиляции легких с двухфазным положительным давлением (BiPAP или BPAP), стулья для ванны, адаптивные сиденья, ортезы и приспособления для помощи при вставании. Страховка часто покрывает DME, если оно назначено и необходимо с медицинской точки зрения, но вашему лечащему врачу может потребоваться предоставить документы, объясняющие необходимость такого оборудования.



После этого задайте своему работодателю и/или страховой компании следующие вопросы, чтобы убедиться, что план поддерживает ваше медицинское обслуживание:

- Существуют ли правила или шаги, необходимые для подтверждения «**медицинской необходимости**» для лечения, которое мы получаем?
- Требуется ли нам **направление** или предварительное одобрение, прежде чем мы получим определенное медицинское обслуживание или лечение?
- Предлагает ли план поддержку при редких заболеваниях?
- Предусмотрены ли **собственные расходы** на наше медицинское оборудование или лечение?

ПОЛУЧЕНИЕ ДОСТУПА К ПОКРЫВАЕМЫМ УСЛУГАМ

Даже если ваш страховой план покрывает услугу или лечение, вам может потребоваться предпринять несколько дополнительных шагов, прежде чем они будут одобрены. Вот некоторые из распространенных шагов, с которыми может помочь ваша медицинская команда:

Требования к направлению

Направление — это назначение или рекомендация, выданные врачом первичного звена, чтобы пациент получил медицинскую помощь у специалиста, например невролога. Некоторые страховые планы требуют направления к профильному специалисту. Без направления ваш план может не покрыть услугу или может взимать с вас дополнительную плату.

Требования к предварительному разрешению

Предварительное разрешение (также называемое предварительным одобрением) означает, что ваш врач должен запросить у вашей страховой компании разрешение, прежде чем вы получите определенные виды лечения или услуги. Требования к предварительному разрешению обычно распространяются на:

- Лечение СМА
- Медицинское оборудование длительного пользования (DME)
- Генетический анализ

Если одобрение не будет получено заранее, ваша страховая компания может отказать в покрытии.

Письмо о медицинской необходимости

Письмо о медицинской необходимости — это документ от вашего врача, в котором объясняется, почему конкретное лечение, лекарственный препарат или медицинское оборудование важны для вашего здоровья. Это письмо часто используется для того, чтобы:

- Обосновать запросы на предварительное разрешение
- Помочь подать апелляцию на отказ страховой компании

Чтобы узнать, что следует включить в письмо о медицинской необходимости, посетите [страницу Cure SMA Insurance Resources](#)



ПОНИМАНИЕ СТРАХОВЫХ ЗАЯВОК, ОТКАЗОВ И АПЕЛЛЯЦИЙ

Если вы или ваш близкий получаете медицинскую помощь, врач или больница направляет заявку в вашу страховую компанию. Эта заявка является запросом к вашей страховой компании об оплате стоимости услуги.

Федеральный закон требует, чтобы ваша страховая компания ответила на заявку на медицинское страхование. Требуемые сроки ответа:

- в течение 15 дней, если вы запрашиваете разрешение до начала лечения, это обычно называется «предварительным разрешением»;
- в течение 30 дней для медицинских услуг, которые вы уже получили;
- в течение 72 часов для срочных медицинских вопросов.

Иногда страховая компания может отклонить заявку, то есть она отказывается оплачивать все или часть полученных услуг. Это может быть неприятно, особенно если услуга необходима и рекомендована вашим лечащим врачом. В случае отклонения заявки страховая компания направит письмо с отказом.

Распространенные причины отказа в лечении включают:

- Отсутствие медицинской необходимости
 - › Руководствуясь собственными инструкциями, страховщики могут заявить, что лечение не требуется. Это решение может быть основано на вашем возрасте, результатах генетического анализа, количестве копий SMN2 или тяжести ваших симптомов.
- Препарат, не включенный в формуляр
 - › В страховых планах часто имеется список предпочтительных препаратов (называемый «формуляром»).
 - Если лекарственный препарат не включен, в страховом покрытии может быть отказано.
- Дублирующая терапия или одновременная терапия не допускаются
 - › Некоторые страховые планы покрывают только один вид лечения одновременно при определенных заболеваниях.
 - Они могут отказать в страховом покрытии, если вам назначено несколько видов лечения.



ЧТО ДЕЛАТЬ В СЛУЧАЕ ОТКЛОНЕНИЯ ЗАЯВКИ

Если в выплате по заявке отказано, вы имеете право **подать апелляцию**.

Апелляция — это официальный запрос в страховую компанию о пересмотре решения об отказе по заявке. Отказы **страховых компаний** в покрытии лечения СМА являются распространенными. Тем не менее мы рекомендуем вам рассмотреть возможность подачи апелляции. Как сообщалось в отчете о положении дел со СМА (State of SMA) за 2023 год, большинство апелляций по лечению СМА были успешными.

ОТКАЗЫ В СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ И АПЕЛЛЯЦИИ

55 %

лиц, получавших терапию при СМА, получили отказ в страховом покрытии лечения СМА

Результат отказа в страховании по апелляции (n = 227)



После подачи апелляции на первоначальный отказ в страховом покрытии почти три четверти пациентов получили одобрение на лечение СМА.

При стратификации по возрасту аналогичные результаты апелляций наблюдались как у детей, так и у взрослых.

Отказы в страховом покрытии и апелляции по лечению СМА. По материалам отчета о положении дел со СМА от 2023 года (State of SMA) от организации Cure SMA, 2024 год



Как правило, если ваша заявка отклонена, вы можете официально подать апелляцию, выполнив следующие ключевые шаги:

Шаг



Прежде чем начать процедуру апелляции: Поговорите со своей лечащей командой. В большинстве клиник есть персонал, который поможет вам лучше понять процесс и может подать апелляцию от вашего имени.



Для работы с вашим лечащим врачом по апелляции вам нужно будет предоставить:

- Копию письма об отказе
- Любую документацию, полученную в результате ваших разговоров со страховой компанией
- Любую медицинскую информацию, которая у вас есть

Иногда ваш лечащий врач может поговорить непосредственно с врачом из страховой компании, чтобы объяснить необходимость проведения лечения. Эта опция, называемая «коллегальное рассмотрение» (peer-to-peer), доступна не во всех страховых компаниях, но она может ускорить процесс. Вы или ваш лечащий врач можете обратиться в свою страховую компанию, чтобы узнать, можно ли использовать этот вариант для апелляции.





Вы также можете обратиться к своему страховщику, чтобы убедиться, что вы соблюдаете требования к подаче апелляции. Рекомендуется документировать разговоры со страховыми компаниями: записывайте дату, время, продолжительность и детали разговора, а также имя и (или) любой идентификационный номер лица, с которым вы разговариваете. Документирование может быть полезно при подаче апелляций.

Шаг

2

Внутренняя апелляция: Чтобы подать внутреннюю апелляцию, вы и/или ваш лечащий врач должны предоставить своему страховщику апелляционное письмо, в котором будет указано, почему определенная услуга, лечение или оборудование необходимы с медицинской точки зрения. Апелляции обычно должны быть поданы в установленные сроки — часто в течение 180 дней. Чтобы узнать, что следует включить в апелляционное письмо, посетите страницу [Cure SMA Insurance Resources](#). Фармацевтические компании также предлагают ресурсы для поддержки апелляций при лечении СМА.

- ✓ [Эврисди®](#)
- ✓ [Итвисма®](#)
- ✓ [Спинраза®](#)
- ✓ [Золгенсма®](#)

Шаг

3

Внешняя апелляция: Если внутренняя апелляция будет отклонена, вы или ваш поставщик медицинских услуг можете запросить проведение экспертизы вне страховой компании. Экспертиза третьей стороной обычно проводится государственным или федеральным ведомством. Необходимо подать письменный запрос на внешнюю экспертизу в течение 60 дней после отклонения вашей внутренней апелляции. Важно запросить эксперта в конкретной области, связанной с отказом.



ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВКОЙ ОТ РАБОТОДАТЕЛЯ?

Если ваша страховая компания отказывает в лечении или услуге, это может вас расстроить. Но важно знать, что страховая компания может быть не единственной, кто принимает решение. Во многих случаях правила о том, что покрывается страховкой, устанавливаются вашим работодателем, а не страховой компанией.

Если вы не уверены, почему заявка на страховое покрытие была отклонена, ознакомьтесь с документами вашего плана или обратитесь в отдел кадров или отдел льгот. Они могут объяснить, что входит в ваш план.

Фармацевтические компании также могут предложить ресурсы, которые помогут вам разобраться в этом процессе. Ознакомьтесь со ссылками слева, чтобы получить доступные рекомендации по конкретным видам лечения.





ПОНИМАНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ ИМИ

Когда речь идет об оплате вашего медицинского страхования, полезно иметь представление о расходах, которые вы понесете. Существуют инструменты, которые помогут вам оценить и сравнить расходы, связанные с вашим медицинским страхованием, включая **совместное страхование**, **дополнительные платежи (доплаты)** и **франшизы**. Помимо приложений для составления бюджета, которые можно загрузить на смартфон, такие организации, как Fair Health Consumers, предоставляют калькулятор, чтобы помочь оценить расходы на медицинские процедуры и услуги по почтовому индексу, где вы получаете обслуживание. Независимо от того, застрахованы вы или нет, полученная вами смета расходов покажет, сколько вам, возможно, придется заплатить за обслуживание.

Узнайте больше на fairhealthconsumer.org/



ПОСТАВЩИКИ, НЕ ВХОДЯЩИЕ В СЕТЬ

Поскольку СМА считается редким заболеванием, может быть трудно найти врача, который знает все тонкости этого заболевания и связанных с ним проблем. Вот почему важно знать, какие медицинские работники и учреждения покрываются вашим планом медицинского страхования.

Страховые компании управляют расходами и прогнозируют их путем создания сетей поставщиков услуг (т. е. договоров с врачами, больницами и другими медицинскими работниками, оказывающими услуги по согласованным тарифам). Посещение лечащего врача или больницы, входящих в сеть вашего страхования (**поставщик в сети**), имеет ряд преимуществ, включая более низкие собственные расходы и более высокие страховые выплаты. Однако в последние годы страховые компании сужают сети, чтобы сохранить низкими расходы. В результате, вполне вероятно, что не каждый врач, больница или медицинское лечебное учреждение будут покрываться вашим планом медицинского страхования. Ваша страховая компания предлагает вам справочники поставщиков услуг, которые помогут понять, какие медицинские учреждения и больницы входят в вашу сеть.





СОБСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ

Многие планы медицинского страхования в настоящее время взимают более высокие страховые взносы и обязывают пациентов платить больше собственных расходов, что ложится большим бременем на страдающих СМА и лиц, осуществляющих уход за ними. Однако существуют ресурсы, которые помогут вам спрогнозировать расходы на медицинское обслуживание и управлять ими. Обратите внимание, что ваша страховая компания не может отказать вам в покрытии, отказать в продлении вашего покрытия или взимать с вас более высокие страховые взносы по причине СМА.

Собственные расходы — это ваши расходы на медицинское обслуживание, которые напрямую не возмещаются страховкой, в том числе:

Страховой взнос — сумма, которую вы платите каждый месяц за медицинское страхование, независимо от того, пользуетесь ли вы своим планом страхования.

Франшиза — сумма, которую вы должны заплатить за медицинские услуги, покрываемые вашим планом страхования, прежде чем страховая компания начнет оплачивать расходы.

Совместное страхование — процент, который вы платите за стоимость покрываемой медицинской услуги после уплаты соответствующей франшизы.

Дополнительный платеж/доплата — фиксированная сумма в долларах, которую вы платите за покрываемую медицинскую услугу.

В большинстве планов медицинского страхования существует максимальная сумма собственных расходов, которую вы должны заплатить за покрываемые услуги в течение года действия плана. Как вы достигнете этого максимума, зависит от вашей франшизы и процента совместного страхования.

ПОДДЕРЖКА В ПОКРЫТИИ СОБСТВЕННЫХ РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ

Даже если лечение одобрено, у вас все равно могут возникнуть собственные расходы. Если вы столкнулись с высокими расходами, вот несколько вариантов, которые могут помочь:

- Компании, которые производят препараты для лечения СМА, предлагают программы помощи пациентам, чтобы помочь покрыть расходы. Эти программы могут предоставлять финансовую помощь, скидки или даже бесплатные лекарства тем, кто соответствует критериям участия. Ознакомьтесь с предоставленными ссылками, чтобы узнать больше о каждой программе и о том, как подать заявку.
 - ✓ [Эврисди®](#)
 - ✓ [Итвисма®](#)
 - ✓ [Спинраза®](#)
 - ✓ [Золгенсма®](#)
- Рассмотрите возможность обращения в некоммерческие организации, которые предлагают программы помощи в доплатах, такие как:
 - › PAN Foundation: <https://www.panfoundation.org>
 - › Patient Advocate Foundation CoPay Relief Fund: <https://copays.org/>
- Проверьте наличие программ штата или освобождений от общих требований Medicaid, которые могут предоставить вам больше поддержки или страхового покрытия.
 - › Вы можете запросить дополнительную информацию о страховании, финансируемом штатом, заполнив эту [форму запроса Cure SMA](#) и нажав на State Specific Resource Guides:
- Поищите в интернете дисконтные карты на рецептурные препараты. Иногда они могут снизить цены на определенные лекарственные препараты в вашей аптеке.



ГЛОССАРИЙ

Апелляция — запрос по плану медицинского страхования о пересмотре отказа в покрытии конкретной услуги или продукта.

Биржа медицинского страхования (государственная) — государственная организация, которая содействует приобретению частного коммерческого медицинского страхования, если страхование, финансируемое работодателем, отсутствует или недоступно по финансовым причинам. Лица с ограниченным доходом, которые получают страховое покрытие через государственную биржу страхования, могут соответствовать критериям на получение государственных субсидий для снижения страховых взносов или доли участия в расходах, либо и того, и другого.

Вторичное/дополнительное страхование (или вторичный/дополнительный плательщик) — для тех, кто имеет несколько источников медицинского страхования, дополнительный источник покрытия, который оплачивает услуги или расходы, не покрываемые первичным медицинским страхованием.

Дважды соответствующий критериям (бенефициар[-ы], дважды соответствующий[-ие] критериям, лицо[-а], дважды соответствующее[-ие] критериям) — двойное соответствие критериям (бенефициар или лицо, дважды соответствующее критериям) относится к лицам, соответствующим критериям как Medicare, так и Medicaid. Этот термин включает лиц, которые включены в Medicare Part A и (или) Part B и получают полные льготы Medicaid и (или) помощь в оплате премий Medicare или распределении расходов по одной из следующих категорий программы Medicare Savings Program (MSP):

- **Программа для правомочных получателей страхового обеспечения [Medicare Qualified Medicare Beneficiary (QMB)]** — помогает оплачивать страховые взносы Part A и (или) Part B, франшизы, совместное страхование и дополнительные платежи.
- **Программа для отдельных получателей страхового обеспечения Medicare с низким доходом [Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)]** — помогает оплачивать страховые взносы Part B.
- **Программа для соответствующих критериям лиц [Qualifying Individual (QI)]** — помогает оплачивать страховые взносы Part B.
- **Программа для правомочных работающих лиц с нетрудоспособностью (QDWI) [Qualified Disabled Working Individual (QDWI)]** — оплачивает страховой взнос Part A для определенных лиц, имеющих инвалидность, при этом работающих.

Дополнительный платеж (доплата) — фиксированная сумма в долларах, которую вы платите за покрываемую медицинскую услугу; например, \$20 за визит к врачу.

Лимит собственных расходов — максимальная сумма, которую вы должны заплатить в течение, как правило, одного года, прежде чем ваш план начнет оплачивать 100 процентов ваших расходов.

Медицинская необходимость — медицинские услуги или принадлежности, которые соответствуют принятым стандартам лечения и необходимы для профилактики, диагностики или лечения заболевания, травмы, состояния, расстройства, болезни или их симптомов.

Медицинское оборудование длительного пользования — медицинское оборудование и принадлежности, заказанные поставщиком медицинских услуг для ежедневного или длительного использования в течение более трех лет, например, инвалидная коляска или дыхательный аппарат.

Медицинское страхование, финансируемое государством — широкая категория программ медицинского страхования, через которые предоставляются страховые льготы (например, Medicare, Medicaid и CHIP).



Направление — распоряжение, разрешение или рекомендация поставщика первичных медицинских услуг для получения пациентом специализированной помощи; например, некоторым лицам, страдающим СМА, может понадобиться направление к специалисту, такому как пульмонолог или ортопед.

Натуральный доход (или доход в натуральной форме) — доход в неденежной форме. Он включает многие льготы для сотрудников и предоставляемые государством товары и услуги, такие как бесплатные дороги, продуктовые талоны, государственное школьное образование или государственная медицина.

Нетрудовой доход — доход, полученный из источников, помимо работы, включая доходы от владения имуществом (известные как «доходы от собственности»), наследство, пенсии, инвестиции, проценты, а также государственные пособия.

Обоснованная и стандартная плата — плата, взимаемая вашим планом медицинского страхования за ту или иную медицинскую услугу или лечение; плата, считающаяся обоснованной и стандартной, соответствует общей преобладающей стоимости этой услуги в вашем географическом регионе, рассчитанной вашим планом медицинского страхования.

Первичное страхование (или первичный плательщик) — для лиц, имеющих несколько источников медицинского страхования, первичное страхование — это их основной источник покрытия, который осуществляет оплату в первую очередь, если только та или иная медицинская услуга или продукт не покрываются.

Поставщик, не входящий в сеть (или непредпочтительный поставщик) — поставщик, который не входит в сеть вашего плана страхования.

Поставщик в сети (или предпочтительный поставщик) — поставщик, с которым страховая компания заключила договор на предоставление медицинских услуг участникам плана страхования или держателям страховых полисов.

Поставщик первичных медицинских услуг — медицинский работник, который обеспечивает уход и координирует доступ к широкому спектру медицинских услуг.

Предварительное разрешение — требование плана медицинского страхования, в соответствии с которым до предоставления страхового покрытия определяется, является ли лечение или лекарственный препарат медицински необходимыми.

Предполагаемый доход — это часть дохода и ресурсов вашего(-ей) супруга(-и), не соответствующего(-ей) критериям, которая считается вашей.

Распределение расходов — доля расходов на уход, которую должно оплачивать лицо.

Сеть поставщиков — группа медицинских работников, медицинских учреждений и поставщиков, с которыми страховая компания заключила договор на оказание услуг и поставку продуктов.

Сеть — учреждения, поставщики товаров и услуг, с которыми сотрудничает ваш план страхования для оказания медицинских услуг.

Собственные расходы (иногда их называют ООР) — сумма денег, которую человек должен заплатить за стоимость покрываемых медицинских услуг, которая может варьироваться в зависимости от плана медицинского страхования и может включать франшизы, совместное страхование и дополнительные платежи.

Совместное страхование — процент, который вы платите от стоимости покрываемой медицинской услуги после уплаты любой применимой франшизы; например, 5% от допустимой суммы, выплачиваемой врачу.

Страховой взнос — сумма, которую должна заплатить семья или лицо для получения покрытия, обычно выплачивается ежемесячно.

Трудовой доход — это заработная плата, оклады, чаевые и другие облагаемые налогом выплаты сотрудникам; выплаты за профсоюзную забастовку; выплаты по долгосрочной нетрудоспособности, полученные до достижения минимального пенсионного возраста; чистый доход от самозанятости.

Франшиза — сумма, которую вы должны заплатить за медицинские услуги, покрываемые вашим планом страхования, прежде чем начнет платить страховка.



Частное медицинское страхование — (также известно как коммерческое страхование) широкая категория медицинского страхового покрытия, в которой услуги приобретаются непосредственно у плана медицинского страхования или через работодателя, агента или на государственной бирже медицинского страхования (также известной как страховая биржа).

Children's Health Insurance Plan (CHIP) — недорогое медицинское покрытие для детей в семьях, в которых доход превышает уровень соответствия критериям Medicaid, но которые не могут позволить себе другие планы медицинского страхования.

Medicaid — программа медицинского страхования под управлением правительства штата для предоставления покрытия лицам с низкими доходами или детям с ограниченными возможностями и особыми потребностями. В большинстве штатов на бенефициаров Medicaid обычно распространяется покрытие одной из следующих программ:

- **Fee-for-service** — модель оплаты, при которой услуги не входят в пакет и оплачиваются отдельно.
- **State Medicaid** — единая программа на уровне штата под управлением правительства штата.
- **Medicaid Managed Care** — система, в которой пациенты соглашаются посещать только определенных врачей и больницы и в которой стоимость лечения контролируется управляющей компанией. Эта программа управляется частным медицинским страховщиком, договор с которым заключил ваш штат.

Medicare — государственная программа медицинского страхования, которая обеспечивает покрытие для лиц в возрасте 65 лет и старше, а также для лиц моложе 65 лет, имеющих определенные виды инвалидности. Medicare состоит из четырех частей:

- **Part A** — больничное страхование (стационарное лечение в больнице, стационарное лечение в учреждении квалифицированного сестринского ухода, уход в хосписе и некоторые медицинские услуги на дому).
- **Part B** — медицинское страхование (услуги врачей, амбулаторное лечение, медицинское оборудование длительного пользования, медицинские услуги на дому и многие профилактические услуги).
- **Part C** — Medicare Advantage (MA) (одобренные Medicare частные страховые компании оказывают все услуги Part A и Part B, а также могут обеспечить покрытие рецептурных препаратов и другие дополнительные льготы).
- **Part D** — The Prescription Drug Benefit (одобренные Medicare частные компании предоставляют покрытие амбулаторных рецептурных препаратов).
 - Бенефициары Medicare, соответствующие определенным ограничениям по уровню дохода и ресурсам, могут претендовать на участие в программе Extra Help, которая помогает оплачивать ежемесячные страховые взносы, ежегодные франшизы и дополнительные платежи.

TRICARE — программа медицинского обслуживания для вооруженных сил, которая включает в себя военнослужащих на действительной службе или в отставке армии США, ВВС США, ВМС США, Корпуса морской пехоты США, Береговой охраны США, Корпуса офицеров здравоохранения США и офицерского состава Национального управления океанических и атмосферных исследований, а также членов их семей по всему миру.

- Военнослужащие в отставке могут соответствовать критериям на получение льгот как по TRICARE, так и по VA.

Военнослужащие, которые увольняются по причине болезни или инвалидности, связанной с прохождением службы, могут соответствовать критериям на получение льгот VA и некоторых льгот TRICARE.

VA Care — медицинские льготы для лиц, служивших в любых вооруженных силах и уволенных со службы на любых основаниях, кроме бесчестного увольнения.

- Действующие и бывшие военнослужащие резерва или Национальной гвардии, которые были призваны на действительную службу федеральным приказом и отслужили полный срок, на который они были призваны, также могут соответствовать критериям на получение медицинских льгот по VA.
- Военнослужащие в отставке могут соответствовать критериям на получение льгот как по TRICARE, так и по VA.
- Военнослужащие, которые увольняются по причине болезни или инвалидности, связанной с прохождением службы, могут соответствовать критериям на получение льгот VA и некоторых льгот TRICARE.



CURE SMA

Cure SMA — это некоммерческая организация и крупнейшая международная сеть, которая объединяет усилия семей, врачей-клиницистов и ученых-исследователей, направленные на ускорение исследований СМА, поддержку пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, и распространение знаний о СМА среди общественности и профессиональных сообществ.

Cure SMA является ресурсом, предоставляющим беспристрастную поддержку. Мы готовы помогать всем пациентам со СМА и их близким, не продвигая какие-либо конкретные решения или варианты. Пациенты и лица, осуществляющие уход за ними, принимают различные решения в зависимости от того, что лучше подходит в их ситуации, и руководствуются своими личными убеждениями. Родители и другие важные члены семьи должны быть способны обсуждать свои чувства, связанные с этими темами, и задавать вопросы по поводу СМА лечащему персоналу. Подобные решения не следует принимать с ходу, каждый вариант должен быть тщательно обдуман и взвешен. Все варианты, связанные с оказанием помощи при СМА, являются очень личными и должны отражать личные ценности, а также наилучшим образом соответствовать потребностям каждого отдельного пациента и лиц, осуществляющих уход за ним.



В Cure SMA вам готовы оказать поддержку. Чтобы узнать больше, ознакомьтесь с имеющимися брошюрами из серии «Помощь при СМА»:

- Основные сведения о дыхании
- Костно-мышечная система
- Варианты оказания помощи
- Основы питания
- Генетические основы СМА
- Понимание СМА

НАША ЗАДАЧА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТОБЫ СТИМУЛИРОВАТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ИЗЛЕЧЕНИЯ СМА, А ТАКЖЕ ПОДДЕРЖИВАТЬ И РАСШИРЯТЬ ВОЗМОЖНОСТИ ВСЕХ, КТО СЕГОДНЯ СТРАДАЕТ СМА.



Подпишитесь на нас
в социальных сетях, чтобы быть
в курсе новостей и историй!



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