



CURE SMA

CARE SERIES KİTAPÇIĞI

SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ (SMA) İLE YAŞAYANLAR VE BAKICILARI İÇİN SAĞLIK SİGORTASI YOL HARİTASI

TEDAVİ VE BAKIM SEÇİMİ VE BAĞLANTISI

İÇİNDEKİLER

SAYFA No.	BÖLÜM
3	GİRİŞ
4	BİR BAKIŞTA SAĞLIK SİGORTASI
5	ÖZEL SİGORTA HAKKINDA
5	DEVLET TARAFINDAN FİNANSE EDİLEN SİGORTA HAKKINDA
8	DEVLET TARAFINDAN FİNANSE EDİLEN PROGRAMLAR HAKKINDA
9	KAYNAKLARINIZI TANIYIN
10	SAĞLIK SİGORTASININ NELERİ KAPSADIĞINI ANLAMA
11	KAPSANAN HİZMETLERE ERİŞİM
12	SİGORTA NELERİ KAPSAYABİLİR?
13	SİGORTA TALEPLERİNİ, RETLERİ VE İTİRAZLARI ANLAMA
13	TEDAVİ RETLERİNİN YAYGIN NEDENLERİ
14	BİR TALEP REDDEDİLDİĞİNDE NE YAPMALI?
16	SAĞLIK HİZMETİ MALİYETLERİNİ ANLAMA VE YÖNETME
16	AĞ DIŞI
17	CEPTEN ÖDEME
17	CEPTEN ÖDENEN TEDAVİ MALİYETLERİ İÇİN DESTEK
18	SÖZLÜK

Sağlık sigortasında yolunu bulmak ve sağlık hizmeti maliyetlerinizi tahmin etmek bunaltıcı olabilir.

Bu araç seti, sağlık sigortası kapsamınızı anlamak ve ihtiyaçlarınızı karşıladığından emin olmanıza yardımcı olmak için bir yol haritası olarak tasarlanmıştır. Aşağıdakilere genel bir bakış sunar:

- Mevcut farklı sağlık sigortası türleri.
- Farklı sağlık sigortası türlerini ve ilgili şartları anlamana yardımcı olacak kaynaklar.
- Teminatın çalışma şekli ve sigortanın kapsamı.
- Poliçe bilgilerini incelerken nelere dikkat edilmeli ve neler sorulmalı?
- Sigorta seçenekleri ve yeni tedaviler hakkında sigortacılarla konuşma.
- Sigorta retleri ve itirazlarda nasıl bir yol izlenir?
- Geleneksel sağlık sigortası planları tarafından karşılanmayabilecek maliyetleri karşılamak için yardım bulma.





BİR BAKIŞTA SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık sigortası, hem sağlığını hem de mali durumunuzu korumaya yardımcı olur. Sigorta kapsamı sayesinde, yüksek sağlık faturaları riskini azaltırken ihtiyacınız olan bakımı alabilirsiniz.

Amerika Birleşik Devletleri'nde iki ana sağlık sigortası türü vardır:

- **Özel sağlık sigortası** (ticari sağlık sigortası olarak da bilinir), özel olarak satın alınan herhangi bir sağlık sigortası planıdır; çoğu zaman özel sağlık sigortası bir işveren aracılığıyla kullanılabilir.
- **Devlet tarafından finanse edilen sağlık sigortası**, Medicare, Medicaid veya Children's Health Insurance Program (CHIP) gibi bir devlet programı aracılığıyla sağlanan sigorta faydaları anlamına gelir.

Doğru sağlık teminatını belirlemek önemlidir. Siz veya evinizdeki biri SMA ile yaşıyorsa, yaşadığınız yere ve gelir/kaynak uygunluğunuza bağlı olarak seçebileceğiniz birden fazla sigorta planınız olabilir.

Siz ve/veya aileniz için en uygun sigorta planını bulmak için sorulacak ve cevaplanacak bazı sorular şunlardır:

- Ben veya sevdiklerim devlet sigortası için uygun mu?
- (Çalışansa) İşverenim aracılığıyla hangi sigorta sunulmaktadır?
- (Evliyse) Ailem için benim mi yoksa eşimin mi sigortası daha iyi bir seçenektir?



ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDA

Birçok farklı özel sağlık sigortası planı vardır. Her sigorta planı benzersizdir ve farklı düzeylerde teminat sunar. Bunlar, genellikle bir işveren aracılığıyla sağlanır veya doğrudan bireyler ya da aileler tarafından satın alınır.

- Nasıl Uygun Olunur? İşvereniniz aracılığıyla, [Sağlık Sigortası Pazaryeri](#) üzerinden veya doğrudan bir sigorta şirketi aracılığıyla kaydolabilirsiniz.
- Neleri Kapsar? Sigorta kapsamı plana bağlıdır, ancak doktor ziyaretlerini, hastane bakımını, ilaçları, ulaşım yardımını, tedavileri ve uzmanları içerebilir.

DEVLET TARAFINDAN FİNANSE EDİLEN SİGORTA HAKKINDA

Devlet tarafından finanse edilen sigorta programları, yaşlılara, daha düşük gelire sahip olabilecek kişilere ve engelli bireylere gerek duydukları bakımı almalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. SMA tanısı konulduğu sırada, olasılıkla zaten özel sağlık sigortanız olabilir. Bununla birlikte, özel sağlık sigortanız tarafından karşılanmayan masrafların ödenmesine yardımcı olmak için devlet programları için de uygun olabilirsiniz. Devlet yardımı almaya uygun olmanın ilk adımı, SMA tanısının ABD Sosyal Güvenlik İdaresi tarafından resmi olarak doğrulanmasıdır. Bu süreç hakkında daha fazla bilgi edinmek için eyaletinizin Engellilik Hizmetleri Ofisi ile iletişime geçin.

Aşağıdakiler, uygun olabileceğiniz devlet tarafından finanse edilen sigorta programlarıdır.

MEDICARE

Medicare, 65 yaş ve üzeri kişiler ile SMA gibi belirli maluliyetleri olan 65 yaş altı kişiler için federal bir sağlık sigortası programıdır. Medicaid veya özel sigorta ile birlikte kullanılabilir.

- 65 yaşın altındaysanız nasıl uygun olunur? SMA gibi nitelikli bir engelliliğiniz varsa iki yıl boyunca Sosyal Güvenlik Engellilik Sigortası (SSDI) aldıktan sonra uygun olabilirsiniz. SSDI, çalışma yeteneklerini etkileyen uygun bir tanısı olanlara aylık ödemeler sağlayan bir programdır. [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc) adresini ziyaret ederek uygun olup olmadığınızı görün
- Neleri Kapsar? Hastanede yatış, doktor ziyaretleri, ekipman ve önleyici bakım.
- Nasıl Başvurulur? [medicare.gov](https://www.medicare.gov) adresinden daha fazla bilgi edinin





MEDICAID

Medicaid, hem devlet hem de federal fonlarla finanse edilen bir devlet programıdır. Medicaid, sınırlı gelir ve kaynaklara sahip bireylere, maluliyeti olan kişilere ve hamile kadınlara düşük maliyetli, bazen de ücretsiz sağlık sigortası sağlar.

- Nasıl Uygun Olunur? Kurallar, eyalete göre değişir. Gelir sınırları veya engellilik durumu yoluyla uygun olabilirsiniz Gelir ve kaynak uygunluğu hakkında daha fazla bilgi edinmek için www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart adresini ziyaret edin. Bazı eyaletlerde, Ek Güvenlik Geliri (SSI) alırsanız Medicaid için otomatik olarak uygun olabilirsiniz. Bazı eyaletler, uygunluk için tıbbi giderleri dikkate alan seçenekler de sunar.
- Neleri Kapsar? Doktor ziyaretleri, hastane bakımı, tıbbi testler, ekipman, terapiler, bakıcı hizmetleri ve hatta randevulara ulaşım.

NASIL BAŞVURULUR?

- Eyaletinizin Medicaid ofisi veya HealthCare.gov üzerinden başvurun. Medicaid için sınırlı bir kayıt süresi yoktur. Siz/yakınınız uygun bulunursa teminat yılın herhangi bir zamanında hemen başlayabilir. Medicaid kuralları eyaletlere göre değişiklik gösterdiği için, neye uygun olduğunuzu ve hangi adımları atmanız gerektiğini anlamak için sağlık çalışanınız, Medicaid vaka çalışanı veya yerel destek programınızla görüşmeniz faydalı olabilir.

MEDICAID "KATKI PAYI" KURALI

Geliriniz geleneksel uygunluk geliri seviyelerini aşsa bile, Medicaid genişlemesi kapsamında veya "harcama" kuralları aracılığıyla Medicaid'e hak kazanabilirsiniz. Bazı eyaletler, Medicaid kapsamını, hane geliri federal yoksulluk seviyesinin %133'ünün altında olan sakinleri içerecek şekilde genişletmiştir.

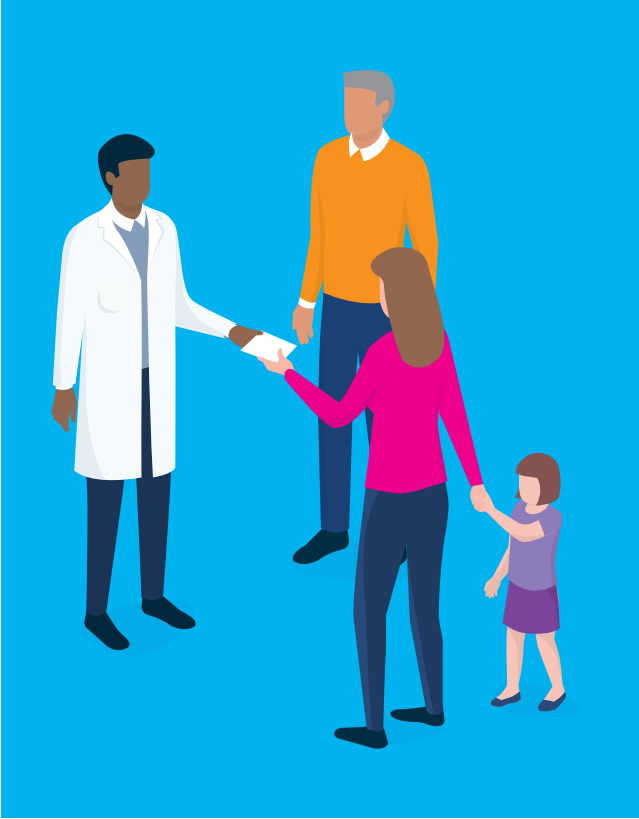
Uygunluk gereklilikleri hakkında daha fazla bilgi edinmek için www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy adresini ziyaret edin. Buna ek olarak, bir gelir elde etmek ve Bölüm 1619(b) aracılığıyla belirli bir kazanç eşiğine kadar sağlık sigortası için hem SSI uygunluğunu hem de Medicaid yardımlarını sürdürmek mümkündür. SSI için uygunsanız sağlık sigortanız için Medicaid'e sahipseniz ve çalışıyorsanız, 1619(b), Medicaid katkı payı olmadan çalışmanıza ve Medicaid teminatını korumanıza izin verir. Uygunluk ve kuralın istisnaları da dâhil olmak üzere Bölüm 1619(b) hakkında daha fazla bilgi edinmek için lütfen www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm adresini ziyaret edin.





ÇOCUK SAĞLIK SİGORTASI PROGRAMI (CHIP)

CHIP, Medicaid için gelir uygunluğunu aşan ancak diğer sağlık sigortalarını karşılayamayan ailelerdeki çocuklar için düşük maliyetli sağlık sigortası sunar. CHIP için uygun ailelerin özel sağlık sigortası planı satın almaları gerekmeyecektir.



- Nasıl Uygun Olunur? Her eyalet, aile geliri ve çocuğunuzun yaşına göre kendi kurallarını belirler. Daha fazla bilgi edinmek için yerel eyalet Medicaid ofisinizle iletişime geçin.
- Neleri Kapsar? SMA ile ilgili doktor ziyaretleri, ilaçlar, hastane bakımı, terapiler ve ekipman.
- Nasıl Başvurulur? Eyalet Medicaid ofisi veya [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) üzerinden başvurun. Son kayıt tarihi yoktur, ancak CHIP Medicaid ile aynı anda kullanılamaz. Program, eyaletinizde farklı bir ada sahip olabilir.



DEVLET TARAFINDAN FİNANSE EDİLEN PROGRAMLAR HAKKINDA

Medicaid ve Medicare gibi devlet tarafından finanse edilen sigortalara ek olarak, SMA'dan etkilenen bireyleri veya aileleri destekleyebilecek başka faydalı programlar da vardır. Bu programlar sigortanızın yerine geçmez, ancak mali destek, bakıma erişim veya ana sağlık planınızda yer almayan hizmetler için teminat gibi ekstra yardım sağlayabilir. Bu bölümde, uygun olabileceğiniz programlar tanıtılmaktadır.

SOSYAL GÜVENLİK GELİRİ (SSI)

SSI, 65 yaş ve üzeri, kör veya SMA gibi bir engelliliği olan sınırlı gelire sahip bireylere yardımcı olmak için aylık nakit ödemeler sağlayan federal bir programdır.

- Nasıl Uygun Olunur? Kişi gelir ve kaynak sınırlarını karşılamalıdır. Her ay alabileceğiniz ve yine de SSI'ye hak kazanabileceğiniz gelir miktarı kısmen yaşadığınız yere bağlıdır. Bununla birlikte, tek bir kişinin kaynakları genellikle 2.000 ABD doları veya daha az olmalıdır (çiftler için 3.000 ABD doları veya daha az). Kaynaklar tasarruf, yatırımlar veya mülk gibi şeyleri içerir (ancak çoğu durumda eviniz veya arabanız değil).
- Neler Sunar? Yemek, giyim ve barınma gibi temel ihtiyaçlara yardımcı olmak için aylık nakit ödemeler.

NASIL BAŞVURULUR?

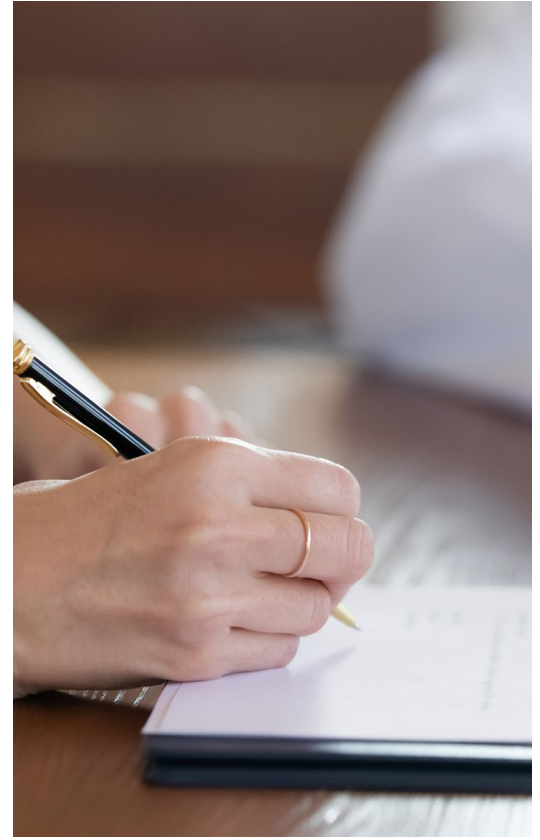
- Çocuk Olarak: Sizi, SSA'yı 1-800-772-1213 numaralı telefondan arayarak veya raporu www.ssa.gov/childdisabilityreport adresinden çevrimiçi olarak doldurarak Çocuk Engellilik Raporunu tamamlamaya hazırlaması için www.ssa.gov/pubs/EN-64-112.pdf adresindeki Çocuk Engellilik Başlangıç Kitini inceleyin.
- Yetişkin Olarak: Daha fazla ayrıntıyı inceleyin ve çevrimiçi başvuruyu www.ssa.gov/ssi adresinden veya 1-800-772-1213 numaralı telefonu arayarak tamamlayın.
- SSI başvuru süreci hakkında ek yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsanız yalnız değilsiniz. Yardım için eyaletinizin *Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri Ofisini* veya yerel *Engellilik Hizmetleri Ofisini* arayabilirsiniz. Sağlık çalışanınız da size rehberlik edebilir veya yardımcı olabilecek biriyle bağlantı kurabilir.



MEDICAID MUAFİYET PROGRAMLARI

Medicaid muafiyet programları, evde veya toplum içinde günlük veya özel bakıma ihtiyaç duyan engelliler için ekstra hizmetler sağlar. Bu programlar, genellikle standart Medicaid'den daha fazlasını sunar. Lütfen, Medicaid muafiyetleri devlet tabanlı olduğundan, muafiyet hizmetlerinin başka eyaletlere aktarılmayacağını ve birçok eyaletin muafiyet hizmetleri için halihazırda bekleme listesinde insanlar bulunduğunu unutmayın.

- Nasıl Uygun Olunur? Tüm eyaletler aynı kurallara ve avantajlara sahip değildir. Uygunluk, genellikle gelirden ziyade tıbbi ihtiyaçlara dayanır.
- Neleri Kapsar? Evde sağlık hizmeti, terapiler, uyarlanabilir ekipman ve günlük hayatta yardımcı olan destek programları gibi hizmetler.
- Nasıl Başvurulur? Muafiyet programları, eyalete göre değişiklik gösterir. Eyaletinizdeki muafiyetler hakkında daha fazla bilgi edinmek için, [medicaid.gov](https://www.medicaid.gov) adresini ziyaret edin. Ardından, Medicaid açılır menüsünün altında, "Bölüm 1115 Demonstrasyon" bölümünü seçin.



KAYNAKLARINIZI TANIYIN

Sigorta ve sağlık hizmetlerinde yolunu bulmak bunaltıcı gelebilir, ancak bunu tek başınıza yapmak zorunda değilsiniz. Bu süreçte sizi destekleyecek kişiler ve programlar bulunuyor.



Cure SMA Sigorta Kaynakları Sayfası

- ✓ Eyalet Kaynak Kılavuzları
- ✓ Tıbbi Gereklilik Mektubu Kontrol Listesi
- ✓ Sigorta **İtiraz Süreci** Kontrol Listesi

SMA Tedavisi için Destek Hizmetleri

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



SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA NELER OLDUĞUNU ANLAMAK



Tüm sağlık sigortası planları farklıdır ve kapsama dahil olan hizmet, tedavi ve ekipmanlar birçok faktöre bağlıdır. Sizin veya sevdiğiniz kişinin bakımını yönetmek karmaşık olabileceğinden, bilgi almak için nereye başvuracağınızı bilmek ve işvereniniz ve sigorta sağlayıcınızla sürekli bir diyalog sürdürmek önemlidir.

Planların çoğu, planın neleri içerdiğine hızlıca göz atmanızı sağlayan ve bazen *Faydalar ve Kapsam Özeti* olarak adlandırılan bir özetle gelir. Burası, haklarınızı anlamaya çalışırken başlamak için harika bir yerdir. Soru sormak için sigorta şirketinin müşteri hizmetleri hattını da arayabilirsiniz.

İşiniz üzerinden sigorta yaptırırsanız işvereninizle de konuşabilirsiniz. Kapsama nelerin dahil olduğu ve ne kadara mal olduğu da dahil olmak üzere plana genel bir bakış sağlayabilirler. Bir çalışana sunulan faydaları tanımlayan bir İşveren Planı Belgesi talep edebilirsiniz. Bu, sunulan avantajlar hakkında özetten daha ayrıntılı bilgi sağlar. Ayrıca soruları yanıtlamaya yardımcı olabilecek insan kaynaklarından (İK) biri veya sigorta şirketinde bir iletişim kişisi de olabilir.



Kapsama nelerin dahil olduğunu daha iyi anlamak için plan ayrıntılarınızı gözden geçirin ve sizin veya sevdiğiniz kişi için özellikle sık kullandığınız hizmetleri, tedavileri ve en önemli ekipmanları düşünün.

Aşağıdakileri dikkate aldığınızdan emin olun:

- En sık hangi tıbbi hizmetleri kullanıyoruz?
- Muayene olduğumuz uzmanlar (nörologlar veya pulmonologlar gibi) bu plan kapsamında mı? **Ağ içi** mi yoksa **ağ dışı** mı?
- Plan fizik tedavi, mesleki tedavi ve konuşma terapisini kapsayacak mı?
- Plan, ihtiyacımız olan tedavi seçeneklerini kapsıyor mu?
- Halihazırda kullandığımız tedavilere devam edebilecek miyiz?
- Plan tekerlekli sandalyeler veya solunum cihazları gibi **dayanıklı tıbbi ekipmanı (DME)** kapsıyor mu?
- Kullanmamız gereken belirli bir eczane var mı? Orada reçetelerimizi doldurabilir miyiz?

SİGORTA KAPSAMINDA OLABİLECEKLER

Sağlık sigortası, doktor ziyaretleri, ilaçlar, ekipman ve tedaviler gibi pek çok bakım türünün ödenmesine yardımcı olabilir. Yaygın sigorta kapsamı türleri aşağıdakileri içerir:



TIBBİ HİZMETLER

Buna doktor ziyaretleri, uzmanlar, hastanede yatışlar, rehabilitasyon ve evde sağlık hizmetleri dahildir. Bunlardan bazıları için aile hekiminizden sevk almanız veya sigorta şirketinden ön onay almanız gerekebilir. Tıbbi hizmetler, zaman içinde bakımı izlemek için tanıyı doğrulamaya yönelik genetik test, solunum testleri, görüntüleme veya beslenme kontrolleri gibi önemli testleri de içerir.



REÇETE KAPSAMI (ECZANE TEMİNATI)

Reçete kapsamı, genellikle bir eczaneden aldığınız ilaçların ödemesine yardımcı olur. Klinikte enjeksiyonlar veya evde infüzyonlar gibi bazı tedaviler eczane yerine tıbbi hizmetler kapsamında olabilir. İlacın nerede kapsama dahil olduğundan emin değilseniz, planınızın her iki bölümünü de kontrol etmeniz veya sigorta sağlayıcınıza sormanız iyi bir fikirdir.



ANA SAĞLIK TEMİNATI

Ana sağlık teminatı, uzmanlar, cerrahi prosedürler, acil servis ve acil bakım ziyaretleri veya hastanede yatarak kalma gibi büyük veya devam eden sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının ödemesine yardımcı olan sigorta planı bölümünüzdür. Tüm sigorta planları aynı değildir; bu nedenle planınızı kontrol etmek veya ana sağlık teminatınız kapsamında nelerin olduğunu öğrenmek için sigorta sağlayıcınızla iletişime geçmeniz iyi bir fikirdir.



DAYANIKLI TIBBİ EKİPMAN (DME)

DME, evde güvenliği, bağımsızlığı ve konforu destekleyen bir ekipmandır. SMA'lı kişiler için bu, tekerlekli sandalyeleri, İki Düzeyli Pozitif Hava Yolu Basıncı (BiPAP veya BPAP) makinelerini, banyo sandalyelerini, uyarlanabilir oturma sistemlerini, ortezleri ve dik durma cihazlarını içerebilir. Sigorta genellikle reçete edildiğinde ve tıbbi olarak gerektiğinde DME'yi kapsar, ancak sağlayıcınızın neden gerekli olduğunu açıklamak için evrak göndermesi gerekebilir.



Buradan, planın bakımınızı desteklediğinden emin olmak için işvereninize ve/veya sigorta sağlayıcınıza aşağıdaki soruları sorun:

- Aldığımız tedaviler konusunda “**tıbbi gereklilik**” koşulunu karşılamak için gerekli kurallar veya adımlar var mı?
- Belirli bir bakım veya tedavi almadan önce **sevk** veya ön onaya ihtiyacımız var mı?
- Plan nadir hastalıklar için destek sunuyor mu?
- Tıbbi ekipmanımız veya tedavimiz için **cepten yapılan maliyetler** var mı?

KAPSAM DAHİLİNDEKİ HİZMETLERE ERİŞİM

Sigorta planınız bir hizmet veya tedaviyi kapsasa bile, onaylanmadan önce birkaç ek adım atmanız gerekebilir. Bakım ekibinizin yardımcı olabileceği yaygın adımlardan bazıları şunlardır:

Sevk Gereklilikleri

Sevk, bir hastanın nörolog gibi bir uzmandan bakım alması için aile hekimi tarafından verilen bir talimat veya tavsiyedir. Bazı sigorta planları, uzmanlık hizmetleri için sevk gerektirir. Bir sevk olmadan, planınız hizmeti kapsamayabilir veya sizden daha fazla ücret talep edilebilir.

Ön İzin Gereklilikleri

Ön izin (ön onay olarak da adlandırılır), belirli tedavi veya hizmetleri almadan önce doktorunuzun sigortanızdan izin istemesi gerektiği anlamına gelir. Ön izin gereklilikleri aşağıdakiler için yaygındır:

- SMA tedavisi
- Tıbbi ekipman (DME)
- Genetik test

Önceden onay verilmemişse sigortanız kapsamı reddedebilir.

Tıbbi Gereklilik Mektubu

Tıbbi Gereklilik Mektubu, doktorunuzun belirli bir tedavi, ilaç veya bir ekipman parçasının sağlığını için neden önemli olduğunu açıklayan bir notudur. Bu mektup genellikle aşağıdakiler için kullanılır:

- Ön izin taleplerini destekleme
- Sigorta reddine itiraz etmeye yardımcı olma

Tıbbi gereklilik mektubuna nelerin dahil edileceği konusunda rehberlik için lütfen [Cure SMA Sigorta Kaynakları](#) sayfasını ziyaret edin



SİGORTA TALEPLERİNİ, RETLERİ VE İTİRAZLARI ANLAMAK

Siz veya sevdiğiniz kişi tıbbi bakım aldığında, doktor veya hastane sigorta şirketinize bir talep gönderir. Bu talep, sigortanızın hizmetin bedelini ödemeye yardımcı olması için yapılan bir istektir.

Federal yasa, sağlık sigortacınızın bir sağlık sigortası talebine yanıt vermesini gerektirir. Gerekli yanıt süreleri şunlardır:

- Genellikle “ön onay” olarak anıldığı şekilde, tedaviden önce onay istiyorsanız 15 gün içinde;
- Halihazırda almış olduğunuz tıbbi hizmetler için 30 gün içinde; ve
- Acil tıbbi konular için 72 saat içinde

Bazen sigorta şirketi talebi reddedebilir, başka bir deyişle alınan hizmetlerin tamamı veya bir kısmı için ödeme yapmayı reddeder. Bu, özellikle hizmete ihtiyaç duyulması ve sağlık çalışanınız tarafından önerilmesi durumunda sinir bozucu olabilir. Bir talep reddedilirse sigorta şirketleri bir ret mektubu gönderir.

Tedavi reddinin yaygın nedenleri şunlardır:

- Tıbbi Gereklilik Eksikliği
 - › Sigortacılar, kılavuzlarına göre tedaviye gerek olmadığını söyleyebilir. Bu tespit yaşınıza, genetik test sonuçlarınıza, SMN2 kopya sayısına veya belirtilerinizin ne kadar şiddetli olduğuna bağlı olabilir.
- Formüler Dışı İlaç
 - › Sigorta planlarının çoğu zaman tercih edilen bir ilaç listesi (“ilaç formülleri” olarak adlandırılır) vardır. Bir ilaç listeye dahil edilmemişse kapsamı reddedebilirler.
- Çift Tekrar Tedavi veya Eşzamanlı Tedaviye İzin Verilmemesi
 - › Bazı sigorta planları belirli durumlar için bir seferde yalnızca bir tedaviyi kapsar. Size birden fazla tedavi reçete edilirse kapsamı reddedebilirler.



BİR TALEP REDDEDİLDİĞİNDE NE YAPMALI?

Bir talep reddedilirse **itiraz** etme hakkınız vardır.

İtiraz, bir sigorta şirketine bir tazminat talebini reddetme kararını yeniden değerlendirmesi için yapılan resmî bir taleptir.

SMA tedavisi için sigorta retleri yaygındır. Bununla birlikte, bir itiraz başvurusunda bulunmayı düşünmenizi öneririz.

2023 SMA Durumu'nda bildirildiği gibi, SMA tedavisi için yapılan itirazların çoğu başarıyla sonuçlanmaktadır.

SİGORTA RETLERİ VE İTİRAZLAR

%55

SMA tedavisi ile tedavi edilen kişilerin içinde SMA tedavi kapsamı ile ilgili bir sigorta reddi alanların oranı

İtiraz Edilen Sigorta Reddinin Sonucu (n=227)



Bireylerin yaklaşık dörtte üçü, başlangıçta reddedilen kapsam için itirazda bulunduktan sonra SMA tedavisi için onay almıştır.

Yaşa göre katmanlandırıldığında, benzer itiraz sonuçları hem pediatrik hastalar hem de yetişkinler arasında görülmüştür.

SMA Tedavisi için Sigorta Retleri ve İtirazlar. Cure SMA tarafından 2023 SMA Durumu'ndan uyarlanmıştır, 2024



Genel anlamda, talebiniz reddedilirse aşağıdaki temel adımları izleyerek resmi olarak itirazda bulunabilirsiniz:

Adım 1

Bir itiraza başlamadan önce: Sağlık ekibinizle konuşun. Çoğu klinikte, süreci daha iyi anlamana yardımcı olacak personel bulunur ve itirazı sizin adınıza gönderebilir.

İtiraz konusunda sağlık çalışanınızla birlikte çalışmak için aşağıdakileri sağlamanız gerekecektir:

- Ret mektubunuzun bir kopyası
- Sigorta şirketiyle yaptığınız görüşmelerle ilgili belgeler
- Sahip olabileceğiniz her türlü tıbbi bilgi

Bazen, sağlık çalışanınız tedavinin neden gerekli olduğunu açıklamak için doğrudan sigorta şirketinden bir doktorla konuşabilir. Eşler arası olarak adlandırılan bu seçenek tüm sigorta şirketlerinde mevcut değildir, ancak işleri hızlandırabilir. Siz veya sağlık hizmeti sağlayıcınız, bunun itiraz için kullanılabilecek bir seçenek olup olmadığını öğrenmek için sigorta şirketinizle iletişime geçebilirsiniz.





Ayrıca, itiraz gerekliliklerine uyduğunuzdan emin olmak için sigorta sağlayıcınıza da ulaşabilirsiniz. Sigorta şirketleriyle yapılan görüşmelerin belgelenmesi tavsiye edilir: görüşmenin tarihini, saatini, uzunluğunu ve ayrıntılarının yanı sıra konuştuğunuz kişinin adını ve/veya kimlik numarasını yazın. İtirazda bulunurken bir kanıt belgesi oluşturmak yardımcı olabilir.

Adım 2

İç İtiraz: İç itirazda bulunmak için siz ve/veya sağlık hizmeti sağlayıcınız sigortacınıza belirli bir hizmet, tedavi veya ekipmanın neden tıbben gerekli olduğunu gösteren bir itiraz mektubu vermelisiniz. İtirazların genellikle belirli bir zaman dilimi içinde, genellikle 180 gün içinde gönderilmesi gerekir. Bir itiraz mektubuna nelerin dahil edileceği konusunda rehberlik için lütfen [Cure SMA Sigorta Kaynakları sayfasını](#) ziyaret edin. İlaç şirketleri de SMA tedavisi için itirazları desteklemek üzere kaynaklar sunmaktadır.

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

Adım 3

Dış İtiraz: İç itiraz reddedilirse siz veya sağlayıcınız sigorta şirketi dışından biri tarafından inceleme talep edebilirsiniz. Üçüncü taraf incelemesi genellikle bir eyalet idaresi veya federal idare tarafından yürütülür. İç itirazın reddedilmesinden sonraki 60 gün içinde dış inceleme için yazılı bir talepte bulunmanız gerekir. Reddin ilgili olduğu belirli alanda bir uzman talep etmek önemlidir.



İŞVEREN TEMELLİ SİGORTA KAPSAMINDA MI?

Sigortanız bir tedavi veya hizmete hayır derse bu durum sinir bozucu gelebilir. Ancak kararı veren tek tarafın sigorta şirketi olmayabileceğini bilmek önemlidir. Çoğu durumda, nelerin kapsama dahil olduğuna ilişkin kurallar sigorta şirketi tarafından değil, işvereniniz tarafından belirlenir. Bir talebin neden reddedildiğinden emin değilseniz plan belgelerinizi gözden geçirin veya insan kaynakları ya da yan haklar departmanınızla konuşun. Planınızın neleri içerdiğini açıklayabilirler. İlaç şirketleri de bu süreçte size rehberlik edecek kaynaklar sunabilir. Mevcut tedavilere özgü rehberlik için soldaki bağlantıları inceleyin.





SAĞLIK HİZMETİ GİDERLERİNİ ANLAMA VE YÖNETME

Sağlık sigortanızı ödemek söz konusu olduğunda, maruz kalacağınız maliyetleri anlamak faydalı olacaktır.

Koasürans, eş ödemeler ve **kesintiler** de dahil olmak üzere, sağlık sigortanızla ilişkili maliyetleri tahmin etmenize ve karşılaştırmanıza yardımcı olacak araçlar vardır. Akıllı telefonunuza indirebileceğiniz bütçeleme uygulamalarına ek olarak, Fair Health Consumers gibi kuruluşlar bakım aldığınız bölgedeki tıbbi prosedür ve hizmetlerin maliyetlerini tahmin etmeye yardımcı olmak için bir hesaplayıcı sunarlar. Sigortalı olsanız da olmasanız da, size sunulan maliyet tahmini bakımınız için sizden ne kadar ödeme yapmanızın istenebileceğini gösterecektir.

Daha fazla bilgi edinmek için bkz. fairhealthconsumer.org/



AĞ DIŞI

SMA nadir bir rahatsızlık olarak kabul edildiğinden, bozukluğun ayrıntılarını ve ilgili zorluklarını bilen bir sağlayıcı bulmak zor olabilir. Bu nedenle, hangi sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve tesislerinin sağlık sigortası planınız kapsamında olduğunu bilmek önemlidir.

Sigortacılar, sağlayıcı ağları (yani, pazarlıklı oranlarda bakım sağlama beklentisiyle doktorlar, hastaneler ve diğer sağlık profesyonelleri ile yapılan sözleşmeler) oluşturarak maliyetleri yönetir ve öngörür. Sigorta ağındaki bir sağlık hizmeti sağlayıcısını veya hastaneyi (**ağ içi sağlayıcı**) ziyaret etmenin cepten daha düşük maliyetler çıkması ve daha cömert sigorta avantajları gibi çeşitli faydaları vardır. Bununla birlikte, sigortacılar maliyetleri düşük tutmak için son yıllarda bu ağları daraltmaktadır. Sonuç olarak da her doktor, hastane veya tıbbi tedavi tesisinin sağlık sigortası planınız kapsamında yer almaması olasıdır. Sigortacınız, hangi sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastanelerin ağınıza dahil olduğunu anlamanıza yardımcı olmak için sağlayıcı listeleri sunar.





CEPTEN ÖDEMELER

Birçok sağlık sigortası planı artık daha yüksek primler talep etmekte ve hastalara ceplerinden çıkacak daha büyük maliyetler yüklemekte ve bu da SMA ile yaşayan insanlara ve bakıcıların omuzlarına daha fazla yük bindirmektedir. Ancak, sağlık hizmeti maliyetlerini tahmin etmenize ve yönetmenize yardımcı olacak kaynaklar da mevcuttur. Sigorta şirketinizin SMA nedeniyle teminatınızı iptal edemeyeceğini, teminatınızı yenilemeyi reddedemeyeceğini veya sizden daha yüksek bir prim talep edemeyeceğini bilin.

Cepten yapılan masraflar, aşağıdakiler de dahil olmak üzere sigorta tarafından doğrudan geri ödenmeyen sağlık harcamalarınızdır:

Prim: sigorta planınızı kullanıp kullanmadığınıza bakılmaksızın, sağlık sigortası yaptırmak için her ay ödediğiniz tutar.

Kesinti: sigorta ödemeye başlamadan önce sigorta planınız kapsamındaki sağlık hizmetleri için ödemeniz gereken tutar.

Koasürans: uygulanabilir herhangi bir kesinti ödedikten sonra, teminat dahilindeki bir sağlık hizmetinin maliyeti için ödediğiniz yüzde.

Eş ödeme: kapsam dahilindeki bir sağlık hizmeti için ödediğiniz sabit tutar.

Çoğu sağlık sigortası planında, bir plan yılı içinde kapsam dahilindeki hizmetler için ödemeniz gereken maksimum bir cepten ödeme tutarı vardır. Bu maksimuma nasıl ulaşacağınız, kesinti ve koasürans yüzdesine bağlıdır.

CEPTEN KARŞILANAN TEDAVİ MASRAFLARI İÇİN DESTEK

Bir tedavi onaylansa bile yine de cepten ödeme yapmanız gerekebilir. Yüksek maliyetlerle karşı karşıya olmanız halinde işte size yardımcı olabilecek bazı seçenekler:

- SMA tedavileri üreten şirketler, maliyete yardımcı olmak için hasta yardım programları sunar. Bu programlar, uygun olanlar için mali yardım, indirimler ve hatta ücretsiz ilaç sağlayabilir. Her bir program ve nasıl başvuru yapılacağı hakkında daha fazla bilgi edinmek için lütfen verilen bağlantıları inceleyin.
 - ✓ [Evrysdi®](#)
 - ✓ [Itvisma®](#)
 - ✓ [Spinraza®](#)
 - ✓ [Zolgensma®](#)
- Aşağıdakiler gibi katkı payı yardım programları sunan kâr amacı gütmeyen kuruluşlara ulaşmayı düşünün:
 - PAN Foundation: <https://www.panfoundation.org>
 - Patient Advocate Foundation CoPay Relief Fund: <https://copays.org/>
- Size daha fazla destek veya kapsam sağlayabilecek eyalet programlarını veya Medicaid muafiyetlerini kontrol edin.
 - Bu [Cure SMA Talep Formunu](#) doldurarak ve Eyalet Özgü Kaynak Kılavuzları üzerine tıklayarak devlet tarafından finanse edilen sigorta hakkında daha fazla bilgi talep edebilirsiniz:
- Reçete indirim kartlarını çevrimiçi olarak inceleyin. Bazen eczanenizdeki belirli ilaçların fiyatlarını düşürebilirler.



SÖZLÜK

Ağ: Sigorta planınızın sağlık hizmetleri sağlamak için birlikte çalıştığı kurumlar, sağlayıcılar ve tedarikçiler.

Ağ dışı sağlayıcı (veya tercih edilmeyen sağlayıcı): Sigorta planınızın ağında yer almayan bir sağlayıcı.

Ağ içi sağlayıcı (veya tercih edilen sağlayıcı): Bir sigortacının, bir sigorta planının üyelerine veya poliçe sahiplerine sağlık hizmetleri sağlamak üzere sözleşme yaptığı sağlayıcıdır.

Aynı gelir: Para dışındaki gelirler. Bunlar ücretsiz yollar, gıda kuponları, devlet okulları veya sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti gibi çok sayıda çalışan yardımı ve devlet tarafından sağlanan mal ve hizmetleri içerir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı: Bakım sağlayan ve çok çeşitli sağlık hizmetlerine erişimi koordine eden bir sağlık uzmanı.

Birincil sigorta (veya birincil ödeyen): Birden fazla sağlık sigortası kaynağı olan kişiler için birincil sigorta, belirli bir sağlık hizmeti veya ürünü teminat altında olmadığı sürece ilk ödeme yapan ana teminat kaynağıdır.

Cepten ödenen maliyetler (bazen OOP olarak adlandırılır): Bireyin teminat dahilindeki sağlık hizmetlerinin maliyeti için ödemek zorunda kalabileceği, sağlık sigortası planına göre değişebilen ve kesintileri, koasüransı ve eş ödemeleri içerebilen para miktarı.

Cepten ödeme sınırı: Planınızın maliyetlerinizin yüzde 100'ünü ödemeye başlamasından önce, genelde bir yıl boyunca ödemeniz gereken maksimum tutar.

Çocuk Sağlık Sigortası Planı (Children's Health Insurance Plan, CHIP): Medicaid için gelir uygunluğunu aşan ancak diğer sağlık sigortalarını karşılayamayan ailelerdeki çocuklar için düşük maliyetli sağlık sigortası.

Çifte uygun [çifte uygun lehtar(lar), çifte uygun(lar) [Cepten ödenen maliyetler]]: Çifte uygun olmak - veya çifte uygun bir lehtar veya çifte uygun - hem Medicare hem de Medicaid için uygun kişileri tanımlar. Bu terim, Medicare Bölüm A ve/veya Bölüm B'ye kayıtlı olan ve aşağıdaki Medicare Savings Program (MSP) kategorilerinden biri aracılığıyla Medicare primleri veya maliyet paylaşımı ile eksiksiz Medicaid avantajları ve/veya yardımı alan bireyleri içerir:

- **Uygun Medicare Lehtarı (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)** - Bölüm A ve/veya Bölüm B primleri, kesintiler, koasürans ve eş ödemelerin ödenmesine yardımcı olur.
- **Belirli Düşük Gelirli Medicare Lehtarı (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)** - Bölüm B primlerinin ödenmesine yardımcı olur.
- **Uygun Birey (Qualifying Individual, QI)** - Bölüm B primlerinin ödenmesine yardımcı olur.
- **Uygun Engelli Çalışan Birey (Qualified Disabled Working Individual, QDWI)** - Malul ve çalışmakta olan bazı kişiler için Bölüm A primini öder.

Dayanıklı tıbbi ekipman: Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından tekerlekli sandalye veya solunum yardımcı cihazı gibi üç yıldan uzun süreli günlük veya uzun süreli kullanım için sipariş edilen tıbbi ekipman ve malzemeler.



Devlet tarafından finanse edilen sağlık sigortası: Sigorta avantajlarının sağlandığı geniş bir sağlık sigortası programları kategorisidir (örneğin, Medicare, Medicaid ve CHIP).

Devlet tarafından finanse edilen sağlık sigortası: İşveren destekli sigortanın mevcut olmadığı veya karşılanmadığı durumlarda, özel ticari sağlık sigortası alımını kolaylaştıran bir kamusal varlıktır. Kamusal sigorta piyasası aracılığıyla teminat elde eden sınırlı gelire sahip bireyler, primleri veya maliyet paylaşımını veya her ikisini de azaltmaya yardımcı olmak için devlet sübvansiyonu almaya hak kazanabilir.

Eş ödeme: Teminat altındaki bir sağlık hizmeti için ödediğiniz sabit tutar; Örneğin, doktor ziyareti başına 20 ABD doları.

Gazi Bakımı (VA Care): Silahlı kuvvetlerden herhangi birinde görev yapmış ve ihraç dışında herhangi bir koşul altında ayrılmış olan insanlara yönelik sağlık yardımları.

- Federal bir emirle aktif göreve çağrılan ve çağrıldıkları veya emredildikleri sürenin hepsini tamamlamış olan güncel ve eski Yedek veya Ulusal Muhafız üyeleri de VA sağlık yardımlarından faydalanabilir.
- Emekli askerler hem TRICARE hem de VA Care yardımlarından faydalanabilir.

Hizmetle bağlantılı bir hastalık veya maluliyet nedeniyle ayrılmış olan hizmet üyeleri, VA avantajlarından ve belirli TRICARE avantajlarından faydalanabilir.

İkincil/tamamlayıcı sigorta (veya ikincil/tamamlayıcı ödeyen): Birden fazla sağlık sigortası kaynağı olanlar için, birincil sağlık sigortası kapsamında yer almayan hizmetleri veya masrafları ödeyen ek bir teminat kaynağıdır.

İtiraz: Bir sağlık sigortası planı için, belirli bir hizmet veya ürün için teminatın reddedilmesini yeniden gözden geçirme yönünde sunulan talep.

Kazanılmış gelir: Ücretler, maaşlar, bahşişler ve diğer vergilendirilebilir çalışan maaşları; sendika grevi yardımları; asgari emeklilik yaşından önce alınan uzun vadeli maluliyet yardımları; ve serbest meslekten elde edilen net kazançlardır.

Kazanılmamış gelir: Mülk sahibi olmaktan elde edilen gelirler (gayrimenkul geliri olarak bilinir), miras, emekli aylıkları, yatırımlar, faizler ve kamu refahından alınan ödemeler dahil olmak üzere iş dışındaki diğer kaynaklardan elde edilen gelirler.

Kesinti: Sigorta ödemeye başlamadan önce sigorta planınız kapsamındaki sağlık hizmetleri için ödemeniz gereken tutar.

Koasürans: Teminat altındaki bir sağlık hizmetinin maliyetinin, yürürlükteki herhangi bir kesinti, örneğin, bir doktora ödenen izin verilen tutarın yüzde 5'i, yapıldıktan sonra ödediğiniz yüzdesi.

Makul ve mutut ücretler: Belirli bir tıbbi hizmet veya tedavi için sağlık sigortası planınız tarafından uygulanan ücretler; makul ve mutut olarak kabul edilen ücretler, söz konusu hizmetin coğrafi bölgenizde sağlık sigortası planınız tarafından hesaplanan genel geçerli maliyetiyle eşleşir.

Maliyet paylaşımı: Bakım masraflarının birey tarafından ödenmesi gereken payı.

Medicaid: Düşük gelirli bireylere veya maluliyeti ve özel ihtiyaçları olan çocuklara teminat sağlamak için eyalet hükümeti tarafından yönetilen bir sağlık sigortası programıdır. Çoğu eyalette, Medicaid lehtarları tipik olarak aşağıdaki programlardan biri kapsamında yer alır:

- **Hizmet karşılığı ücret** – hizmetlerin ayrıştırılıp ayrı ayrı ödendiği bir ödeme modeli.

- **Eyalet Medicaid** - eyalet hükümeti tarafından işletilen eyalet çapındaki tek bir program.
- **Medicaid Yönetimli Program** – hastaların yalnızca belirli doktorları ve hastaneleri ziyaret etmeyi kabul ettiği ve tedavi maliyetinin bir yönetici şirket tarafından izlendiği bir sistem. Bu program devletinize sözleşme yapmış özel sağlık sigortası ile işletilmektedir.

Medicare: 65 yaş ve üzeri ve SMA gibi belirli maluliyetleri olan 65 yaş altı bireyler için teminat sağlayan federal bir sağlık sigortası programıdır. Medicare dört bölümden oluşur:

- **Bölüm A** - Hastane sigortası (yatan hasta hastane bakımı, Nitelikli Bakım Tesisinde yatan hasta bakımı, bakımevi hizmetleri ve bazı evde sağlık hizmetleri).
- **Bölüm B** - Sağlık sigortası (doktor hizmetleri, ayakta tedavi, dayanıklı tıbbi ekipman, evde sağlık hizmetleri ve birçok önleyici hizmet).
- **Bölüm C** - Medicare Advantage (MA) (Medicare onaylı özel sigorta şirketleri tüm Bölüm A ve Bölüm B hizmetlerini sağlar ve reçeteli ilaç teminatı ve başka ek avantajlar sağlayabilir).
- **Bölüm D** - Prescription Drug Benefit (Medicare onaylı özel şirketler ayakta tedavi reçeteli ilaç teminatı sağlar).
- Belirli gelir ve kaynak limitlerini karşılayan Medicare lehtarları, aylık primler, yıllık kesintiler ve eş ödemeler için ödeme yapmaya yardımcı olan Extra Help Program'a hak kazanabilirler.

Ön onay (veya provizyon): Bir sağlık sigortası planının, teminata izin verilmeden önce, bir tedavinin veya ilacın tıbbi olarak gerekli olup olmadığına karar vermesi gerekliliği.

Özel sağlık sigortası: Ticari sigorta olarak da bilinir, avantajların doğrudan bir sağlık sigortası planından veya bir işveren, bir aracı veya bir kamu sağlık sigortası piyasası (sigorta borsası olarak da bilinir) aracılığıyla satın alındığı geniş bir sağlık sigortası kapsamı kategorisidir.

Prim: Teminat elde etmek için bir aile veya birey tarafından ödenmesi gereken, genellikle aylık olarak ödenen tutar.

Sağlayıcı ağı: Bir sigortacı tarafından hizmet ve ürün sağlamak üzere sözleşme yapılmış bir grup sağlık hizmeti sağlayıcısı, sağlık tesisi ve tedarikçisi.

Sevk: Bir hastanın özel bakım alması için birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından sağlanan bir emir, izin veya öneri; örneğin, bazı SMA hastası bireyler için pulmonolog veya ortopedist gibi bir uzmana görünmek için bir sevk gerekebilir.

TRICARE: ABD Ordusu, ABD Hava Kuvvetleri, ABD Deniz Kuvvetleri, ABD Deniz Piyadeleri, ABD Sahil Güvenlik, ABD Kamu Sağlığı Hizmeti Görevlendirilmiş Kolordusu ve Ulusal Okyanus ve Atmosfer Derneği Görevlendirilmiş Kolordusu'nun aktif görevdeki ve emekli üyelerini ve ayrıca dünyadaki ailelerini içeren, üniformalı hizmet üyelerine yönelik bir sağlık programı.

- Emekli askerler hem TRICARE hem de VA Care yardımlarından faydalanabilir.
- Hizmetle bağlantılı bir hastalık veya maluliyet nedeniyle ayrılmış olan hizmet üyeleri, VA avantajlarından ve belirli TRICARE avantajlarından faydalanabilir.

Tıbbi gereklilik: Kabul edilmiş bakım standartlarını karşılayan ve bir hastalığı, yaralanmayı, rahatsızlığı, bozukluğu, hastalığı veya semptomlarını önlemek, teşhis etmek veya tedavi etmek için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri veya malzemeleri.

Varsayılan gelir: Uygun olmayan eşinizin gelir ve kaynaklarının size ait olduğu kabul edilen kısmı.



CURE SMA

Cure SMA, kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur ve SMA araştırmalarını ilerletmek, etkilenen bireyleri/ bakıcıları desteklemek ve kamu ve profesyonel toplulukları SMA hakkında eğitmek için birlikte çalışan dünya çapındaki en büyük aile, klinisyen ve araştırma bilim insanları ağıdır.

Cure SMA, tarafsız destek kaynağıdır. SMA ve sevdikleri ile yaşayan tüm bireylere yardımcı olmak için buradayız ve belirli seçimlere veya kararlara taraf olmayız. Bireyler ve bakıcılar kendi durumları için en iyi olan şey konusunda kendi kişisel inançlarıyla tutarlı olarak farklı seçimler yaparlar. Ebeveynler ve diğer önemli aile üyeleri, bu konulardaki duygularını anlatabilmeli ve SMA bakım ekibine sorular sorabilmelidir. Bu tür kararlar hafife alınmamalı ve tüm seçenekler dikkatlice değerlendirilmeli ve tartılmalıdır. SMA ile ilgili tüm seçenekler son derece kişiseldir ve kişisel değerlerin yanı sıra her birey ve bakıcıları için en iyi olanı yansıtmalıdır.



Cure SMA size destek olmak için buradadır. Öğrenmeye devam etmek için, lütfen diğer mevcut Care Series kitapçıklarına bakın:

- Solunumun Temelleri
- Kas-İskelet Sistemi
- Bakım Seçenekleri
- Beslenme Temel Bilgileri
- SMA'nın Genetiği
- SMA'yı Anlama

MİSYONUMUZ, SMA İÇİN TEDAVİLER VE BİR KÜR BULUNMASINA YÖNELİK ARAŞTIRMALARI İLERLETMEK VE BUGÜN SMA'DAN ETKİLENEN HERKESİ DESTEKLEMELERİ VE GÜÇLENDİRMEK.



Güncel haber ve hikayeleri kaçırmamak
için bizi sosyal medyada takip edin!



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