



CURE SMA

TẬP SÁCH TRONG
CHUỖI CHĂM SÓC

LỘ TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI MẮC BỆNH TEO CƠ TỦY
(SPINAL MUSCULAR ATROPHY, SMA) VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC CỦA HỌ

LỰA CHỌN VÀ KẾT NỐI VỚI DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC



Cập nhật gần nhất vào tháng 12 năm 2025

MỤC LỤC

TRANG #	PHẦN
3	GIỚI THIỆU
4	TỔNG QUAN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ
5	GIỚI THIỆU VỀ BẢO HIỂM TƯ NHÂN
5	GIỚI THIỆU VỀ BẢO HIỂM DO CHÍNH PHỦ TÀI TRỢ
8	GIỚI THIỆU VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH DO CHÍNH PHỦ TÀI TRỢ
9	NĂM RÕ CÁC NGUỒN LỰC CỦA QUÝ VỊ
10	HIỂU RÕ BẢO HIỂM SỨC KHỎE BAO GỒM NHỮNG GÌ
11	Tiếp cận các dịch vụ được bảo hiểm
12	BẢO HIỂM CÓ THỂ CHI TRẢ NHỮNG GÌ
13	HIỂU RÕ VỀ CÁC THỦ TỤC YÊU CẦU CHI TRẢ, TỪ CHỐI VÀ KHÁNG NGHỊ BẢO HIỂM
13	NHỮNG LÝ DO PHỔ BIẾN DẪN ĐẾN VIỆC BỊ TỪ CHỐI ĐIỀU TRỊ
14	NÊN LÀM GÌ KHI YÊU CẦU CHI TRẢ BỊ TỪ CHỐI
16	HIỂU VÀ QUẢN LÝ CHI PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
16	NGOÀI MẠNG LƯỚI
17	CHI PHÍ TỰ TRẢ
17	HỖ TRỢ CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ TỰ TRẢ
18	BẢNG THUẬT NGỮ

GIỚI THIỆU

Việc tìm hiểu về bảo hiểm y tế và dự đoán chi phí chăm sóc sức khỏe có thể rất khó khăn.

Bộ tài liệu này được thiết kế như một lộ trình để tìm hiểu về bảo hiểm y tế của quý vị và góp phần đảm bảo đáp ứng nhu cầu của quý vị. Bộ tài liệu này cung cấp thông tin tổng quan về:

- Các loại bảo hiểm y tế khác nhau sẵn có.
- Các tài nguyên giúp quý vị hiểu về các loại bảo hiểm y tế khác nhau và các thuật ngữ có liên quan.
- Cơ chế hoạt động của bảo hiểm và những chi phí bảo hiểm có thể bao trả.
- Những điều cần lưu ý và đặt câu hỏi khi xem xét thông tin về hợp đồng.
- Cách nói chuyện với công ty bảo hiểm về các phương án bảo hiểm và phương pháp điều trị mới.
- Cách xử lý khi bị từ chối bảo hiểm và khiếu nại.
- Cách tìm kiếm trợ giúp để trang trải chi phí có thể không được các chương trình bảo hiểm y tế truyền thông bao trả.



Nhiều thuật ngữ được sử dụng trong tập sách này được định nghĩa trong bảng thuật ngữ bắt đầu từ trang 18.



TỔNG QUAN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

Bảo hiểm sức khỏe giúp bảo vệ cả sức khỏe và tài chính của quý vị. Với bảo hiểm, quý vị có thể nhận được chăm sóc cần thiết đồng thời giảm thiểu rủi ro phải trả các hóa đơn y tế cao.

Tại Hoa Kỳ, có hai loại bảo hiểm y tế chính:

- **Bảo hiểm y tế tư nhân** (còn gọi là **bảo hiểm y tế thương mại**), là bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế nào được mua; bảo hiểm y tế tư nhân thường được cung cấp thông qua hãng sở.
- **Bảo hiểm y tế do chính phủ tài trợ**, có nghĩa là các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp thông qua một chương trình của chính phủ, ví dụ như An sinh xã hội, **Medicare**, **Medicaid**, hoặc **Chương trình Bảo hiểm Y tế cho Trẻ em (CHIP)**.

Điều quan trọng là phải xác định phạm vi bảo hiểm y tế phù hợp. Nếu quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình của quý vị đang mắc SMA, quý vị có thể có nhiều chương trình bảo hiểm để chọn, tùy thuộc vào nơi quý vị sinh sống và tính đủ điều kiện theo thu nhập/tài nguyên của quý vị.

Để tìm chương trình bảo hiểm phù hợp nhất cho quý vị và/hoặc gia đình, quý vị cần đặt ra và trả lời một số câu hỏi sau:

- Mình hoặc người thân của mình có đủ điều kiện nhận bảo hiểm của chính phủ không?
- (Nếu có việc làm) Bảo hiểm nào được cung cấp thông qua nơi làm việc của mình?
- (Nếu đã kết hôn) Bảo hiểm của mình hay của vợ/chồng mình phù hợp hơn cho gia đình?



GIỚI THIỆU VỀ BẢO HIỂM Y TẾ TƯ NHÂN

Có nhiều loại chương trình bảo hiểm y tế tư nhân khác nhau. Mỗi chương trình bảo hiểm đều có đặc điểm riêng và cung cấp các mức độ bảo hiểm khác nhau. Những chương trình bảo hiểm này thường được cung cấp thông qua hãng sở hoặc được cá nhân hoặc gia đình mua trực tiếp.

- Cách thức để đủ điều kiện: Quý vị có thể đăng ký thông qua hãng sở, [Sàn giao dịch Bảo hiểm Y tế](#), hoặc trực tiếp thông qua một công ty bảo hiểm.
- Phạm vi bảo hiểm: Phạm vi bảo hiểm tùy thuộc vào chương trình bảo hiểm, nhưng có thể bao gồm khám bác sĩ, chăm sóc tại bệnh viện, thuốc men, hỗ trợ đi lại, các liệu pháp và dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa.

GIỚI THIỆU VỀ BẢO HIỂM Y TẾ DO CHÍNH PHỦ TÀI TRỢ

Các chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ được thiết kế để giúp người cao tuổi, người có thu nhập thấp hơn và người khuyết tật nhận được chăm sóc cần thiết. Quý vị có thể đã có bảo hiểm y tế tư nhân tại thời điểm được chẩn đoán SMA. Tuy nhiên, quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia các chương trình của chính quyền để góp phần thanh toán các chi phí mà bảo hiểm y tế tư nhân của quý vị không bao trả. Bước đầu tiên để đủ điều kiện nhận hỗ trợ của chính phủ là nhận được xác nhận chính thức về chẩn đoán SMA của Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội Hoa Kỳ. Để tìm hiểu thêm về quy trình này, hãy liên hệ với Văn Phòng Dịch Vụ Người Khuyết Tật của tiểu bang. Dưới đây là các chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ mà quý vị có thể đủ điều kiện tham gia.

MEDICARE

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang cho người từ 65 tuổi trở lên và người dưới 65 tuổi có khuyết tật nhất định, ví dụ như SMA. Có thể sử dụng kết hợp với Medicaid hoặc bảo hiểm tư nhân.

- Cách thức để đủ điều kiện nếu dưới 65 tuổi: Nếu quý vị mắc một dạng khuyết tật đủ điều kiện như SMA, quý vị có thể đủ điều kiện sau khi nhận Bảo Hiểm Khuyết Tật An Sinh Xã Hội (SSDI) trong hai năm. SSDI là một chương trình cung cấp các khoản thanh toán hàng tháng cho những người có chẩn đoán đủ điều kiện ảnh hưởng đến khả năng làm việc của họ. Tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện không bằng cách truy cập [Medicare.gov/eligibilitypremiumcalc](https://www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc)
- Phạm vi bảo hiểm: Thời gian nằm viện, khám bác sĩ, thiết bị và chăm sóc phòng ngừa.
- Cách nộp đơn: Tìm hiểu thêm tại [medicare.gov](https://www.medicare.gov)





MEDICAID

Medicaid là một chương trình do tiểu bang điều hành, do cả tiểu bang và liên bang tài trợ. Medicaid cung cấp bảo hiểm chi phí thấp, đôi khi còn miễn phí, cho người có thu nhập và tài nguyên giới hạn, người khuyết tật và phụ nữ mang thai.

- Cách thức để đủ điều kiện: Các quy định khác nhau tùy theo từng tiểu bang. Quý vị có thể đủ điều kiện dựa trên giới hạn thu nhập hoặc tình trạng khuyết tật. Để tìm hiểu thêm về điều kiện thu nhập và tài sản để đủ điều kiện nhận Medicaid, vui lòng truy cập www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-eligibility-income-chart. Tại một số tiểu bang, quý vị có thể tự động đủ điều kiện nhận Medicaid nếu đang nhận Trợ Cấp An Sinh Xã Hội Bổ Sung (SSI). Một số tiểu bang cũng cung cấp các lựa chọn cho phép tính chi phí y tế vào điều kiện đủ điều kiện.
- Phạm vi bảo hiểm: Khám bác sĩ, chăm sóc tại bệnh viện, xét nghiệm y tế, thiết bị y tế, liệu pháp điều trị, dịch vụ chăm sóc, và thậm chí cả phương tiện di chuyển đến khám.

CÁCH NỘP ĐƠN:

- Nộp đơn thông qua văn phòng Medicaid của tiểu bang hoặc HealthCare.gov. Medicaid không giới hạn thời gian ghi danh. Nếu quý vị/người thân của quý vị đủ tiêu chuẩn thì bảo hiểm có thể bắt đầu ngay lập tức tại bất kỳ thời điểm nào trong năm. Vì các quy định của chương trình Medicaid khác nhau tùy từng tiểu bang, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên phụ trách hồ sơ Medicaid hoặc chương trình hỗ trợ địa phương để hiểu rõ quý vị đủ điều kiện nhận những quyền lợi nào và cần thực hiện những bước nào.

QUY TẮC “KHẤU TRỪ CHI TIÊU” CỦA MEDICAID

Ngay cả khi thu nhập của quý vị vượt mức thu nhập đủ điều kiện thông thường, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medicaid theo Medicaid mở rộng hoặc thông qua quy tắc “khấu trừ chi tiêu”. Một số tiểu bang đã mở rộng phạm vi bảo hiểm Medicaid để bao gồm cả người dân có thu nhập hộ gia đình thấp hơn 133% mức nghèo của liên bang.

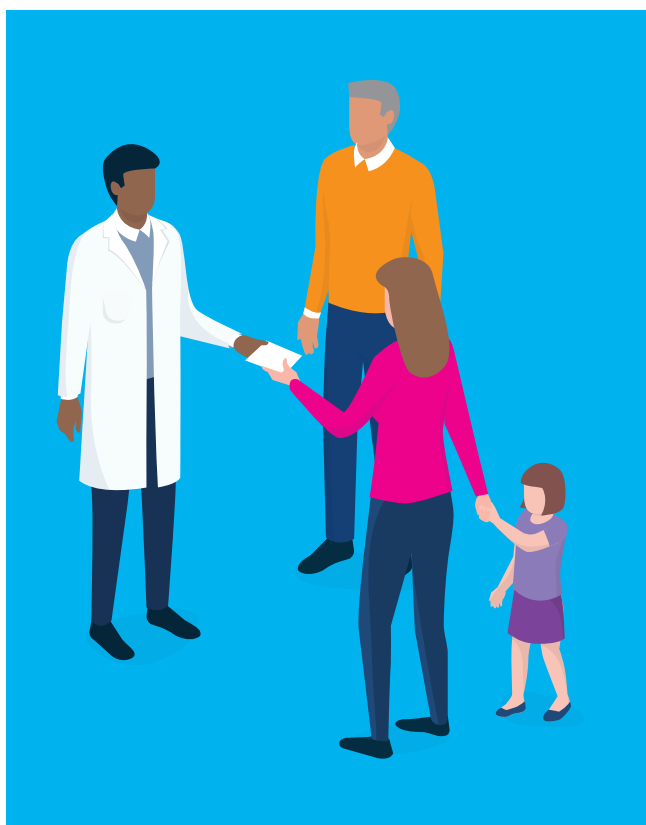
Truy cập www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy để tìm hiểu thêm về các yêu cầu đủ điều kiện. Ngoài ra, có thể nhận một khoản thu nhập và duy trì cả tư cách đủ điều kiện nhận SSI và quyền lợi Medicaid đối với bảo hiểm y tế, cho đến khi đạt ngưỡng thu nhập đã quy định theo Phần 1619(b). Nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSI, có Medicaid cho bảo hiểm y tế của quý vị và có việc làm, thì Phần 1619(b) cho phép quý vị làm việc và giữ bảo hiểm Medicaid mà không khấu trừ chi tiêu Medicaid. Để tìm hiểu thêm về Phần 1619(b), bao gồm điều kiện đủ điều kiện và các trường hợp ngoại lệ theo quy tắc, vui lòng truy cập www.ssa.gov/disabilityresearch/wi/1619b.htm.





CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CHO TRẺ EM (CHIP)

CHIP cung cấp bảo hiểm y tế chi phí thấp cho trẻ em trong các gia đình vượt mức đủ điều kiện về thu nhập đối với Medicaid nhưng không thể trang trải chi phí bảo hiểm y tế khác. Các gia đình đủ tiêu chuẩn tham gia CHIP sẽ không cần mua chương trình bảo hiểm y tế tư nhân.



- Cách thức để đủ điều kiện: Mỗi tiểu bang sẽ có các quy định riêng dựa trên thu nhập gia đình và độ tuổi của con quý vị. Vui lòng liên hệ với văn phòng Medicaid địa phương của tiểu bang để biết thêm thông tin.
- Phạm vi bảo hiểm: Các lần khám bác sĩ, thuốc men, chăm sóc tại bệnh viện, liệu pháp và thiết bị liên quan đến SMA.
- Cách nộp đơn: Nộp đơn thông qua văn phòng Medicaid của tiểu bang hoặc [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Không có hạn chót đăng ký, nhưng CHIP không thể được sử dụng cùng lúc với Medicaid. Chương trình này có thể có tên khác ở tiểu bang của quý vị.



GIỚI THIỆU VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH ĐƯỢC CHÍNH PHỦ TÀI TRỢ

Ngoài các chương trình bảo hiểm do chính phủ tài trợ như Medicaid và Medicare, còn có các chương trình hỗ trợ khác có thể giúp đỡ các cá nhân hoặc gia đình bị ảnh hưởng bởi SMA. Các chương trình này không thay thế bảo hiểm của quý vị nhưng có thể cung cấp thêm hỗ trợ tài chính, tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chi trả cho các dịch vụ không nằm trong gói bảo hiểm y tế chính của quý vị. Phần này giới thiệu các chương trình mà quý vị có thể đủ điều kiện tham gia.

THU NHẬP AN SINH XÃ HỘI (SSI)

SSI là một chương trình liên bang cung cấp các khoản thanh toán tiền mặt hằng tháng để giúp những người có thu nhập hạn chế, từ 65 tuổi trở lên, bị mù hoặc sống chung với tình trạng khuyết tật như SMA.

- Cách thức để đủ điều kiện: Một người phải đáp ứng các giới hạn về thu nhập và tài sản. Số tiền thu nhập quý vị có thể nhận được mỗi tháng mà vẫn đủ điều kiện nhận SSI tùy thuộc một phần vào nơi quý vị sinh sống. Tuy nhiên, người độc thân thường phải có tài sản trị giá 2,000 đô la trở xuống (3,000 đô la trở xuống đối với các cặp đôi). Tài sản bao gồm tiền tiết kiệm, đầu tư hoặc tài sản (nhưng trong hầu hết các trường hợp không bao gồm nhà hoặc xe hơi).
- Phạm vi bảo hiểm: Khoản trợ cấp tiền mặt hằng tháng để hỗ trợ các nhu cầu cơ bản như thực phẩm, quần áo và chỗ ở.

CÁCH NỘP ĐƠN:

- Nếu là trẻ em: Tham khảo Bộ Công Cụ Khởi Đầu Về Khuyết Tật Trẻ Em tại www.ssa.gov/pubs/EN-64-112.pdf để chuẩn bị hoàn thành Báo Cáo Khuyết Tật Trẻ Em bằng cách gọi cho SSA theo số 1-800-772-1213 hoặc hoàn thành báo cáo trực tuyến tại www.ssa.gov/childdisabilityreport.
- Nếu đã trưởng thành: Xem thêm chi tiết và điền đơn đăng ký trực tuyến tại www.ssa.gov/ssi hoặc gọi điện đến số 1-800-772-1213.
- Nếu quý vị thấy cần thêm hỗ trợ trong quá trình nộp đơn xin trợ cấp SSI, đừng lo lắng, quý vị không phải là người duy nhất. Quý vị có thể tìm kiếm Văn Phòng Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Nghề Nghiệp của tiểu bang hoặc Văn Phòng Dịch Vụ Người Khuyết Tật tại địa phương để được hỗ trợ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng có thể hướng dẫn hoặc kết nối quý vị với người có thể hỗ trợ.



CÁC CHƯƠNG TRÌNH TỪ BỎ QUY TẮC THÔNG THƯỜNG CỦA MEDICAID

Các chương trình miễn trừ Medicaid cung cấp các dịch vụ bổ sung cho người khuyết tật cần chăm sóc hằng ngày hoặc chăm sóc đặc biệt tại nhà hoặc trong cộng đồng. Các chương trình này thường cung cấp nhiều quyền lợi hơn so với chương trình Medicaid thông thường. Vui lòng lưu ý vì các chương trình từ bỏ quy tắc Medicaid thông thường được thực hiện tại từng tiểu bang nên các dịch vụ trong chương trình từ bỏ quy tắc Medicaid thông thường sẽ không được chuyển sang tiểu bang khác.

- Cách thức để đủ điều kiện: Không phải mọi tiểu bang đều có các quy tắc và quyền lợi giống nhau. Tiêu chí xét duyệt thường dựa nhiều vào nhu cầu y tế hơn là thu nhập.
- Phạm vi bảo hiểm: Các dịch vụ như chăm sóc sức khỏe tại nhà, trị liệu, thiết bị hỗ trợ và các chương trình hỗ trợ giúp đỡ trong cuộc sống hằng ngày.
- Cách nộp đơn: Các chương trình miễn trừ khác nhau tùy theo từng tiểu bang. Để tìm hiểu thêm về các chương trình từ bỏ quy tắc thông thường được cung cấp tại tiểu bang của quý vị, [hãy truy cập **medicaid.gov**](https://www.hhs.gov/medicaid). Sau đó, trong danh sách thả xuống của Medicaid, hãy chọn “Section 1115 Demonstration” (Thử nghiệm Mục 1115).



NĂM RÕ CÁC NGUỒN LỰC CỦA QUÝ VỊ

Việc tìm hiểu về bảo hiểm và chăm sóc sức khỏe có thể khiến quý vị cảm thấy rối nhưng quý vị không cần phải làm điều đó một mình. Có nhiều người và chương trình sẵn sàng hỗ trợ quý vị trong suốt quá trình này.

Trang Tài Nguyên Bảo Hiểm của Cure SMA

- ✓ Hướng Dẫn Tài Nguyên của Tiểu Bang
- ✓ Thư Danh Sách Kiểm Tra về Sự Cần Thiết Y Tế
- ✓ Danh sách kiểm tra quy trình **Kháng nghị** Bảo hiểm

Các dịch vụ hỗ trợ điều trị SMA

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





HIỂU RÕ PHẠM VI BẢO HIỂM Y TẾ



Tất cả chương trình bảo hiểm y tế đều có quy định riêng và có nhiều nhân tố có thể ảnh hưởng đến những dịch vụ, phương pháp điều trị và thiết bị được bao trả. Vì việc quản lý chăm sóc sức khỏe cho bản thân hoặc người thân của quý vị có thể phức tạp, điều quan trọng là quý vị biết tìm kiếm thông tin ở đâu và duy trì liên lạc thường xuyên với chủ lao động và nhà cung cấp bảo hiểm.

Hầu hết các gói bảo hiểm đều đi kèm bản tóm tắt—đôi khi được gọi là *Bản Tóm Tắt Quyền Lợi và Phạm Vi Bảo Hiểm*—giúp quý vị nhanh chóng nắm được quyền lợi được bao trả trong gói bảo hiểm. Đây là một điểm khởi đầu tuyệt vời khi quý vị muốn tìm hiểu rõ các quyền lợi của mình. Quý vị cũng có thể gọi đến đường dây chăm sóc khách hàng của công ty bảo hiểm để hỏi thêm thông tin.

Nếu quý vị hưởng bảo hiểm thông qua công việc, quý vị cũng có thể trao đổi với hãng sở. Họ có thể cung cấp tổng quan về gói bảo hiểm, bao gồm phạm vi bảo hiểm và chi phí. Quý vị có thể yêu cầu Tài Liệu Chương Trình Bảo Hiểm của Hãng Sở, trong đó nêu rõ các quyền lợi được cung cấp cho người lao động. Tài liệu này cung cấp thông tin chi tiết hơn so với bản tóm tắt về các quyền lợi được cung cấp. Cũng có thể có người trong bộ phận nhân sự (HR) hoặc người liên hệ tại công ty bảo hiểm có thể giúp giải đáp thắc mắc.



Để hiểu rõ hơn về phạm vi bảo hiểm, hãy xem lại chi tiết gói bảo hiểm của quý vị và suy nghĩ về các dịch vụ, phương pháp điều trị và thiết bị quan trọng nhất đối với quý vị hoặc người thân của quý vị—đặc biệt là những thứ thường xuyên sử dụng. Nhớ cân nhắc những điều sau:

- Chúng ta thường sử dụng những dịch vụ y tế nào nhất?
- Các bác sĩ chuyên khoa mà chúng ta thường khám (như bác sĩ thần kinh hoặc bác sĩ phổi) có được chi trả theo gói này không? Họ là bác sĩ **trong mạng lưới** hay **ngoài mạng lưới**?
- Gói bảo hiểm này có bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp và trị liệu ngôn ngữ không?
- Gói bảo hiểm có chi trả cho các phương án điều trị mà chúng ta cần không?
- Chúng ta có thể tiếp tục các phương pháp điều trị hiện tại không?
- Gói bảo hiểm có chi trả cho **thiết bị y tế sử dụng lâu dài (DME)** như xe lăn hoặc thiết bị hỗ trợ thở không?
- Chúng ta cần sử dụng một nhà thuốc cụ thể nào không? Chúng tôi có thể lấy thuốc theo đơn ở đó được không?

BẢO HIỂM CÓ THỂ CHI TRẢ NHỮNG GÌ

Bảo hiểm y tế có thể giúp chi trả cho nhiều loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe—như khám bác sĩ, thuốc men, thiết bị và các liệu pháp điều trị. Các loại bảo hiểm phổ biến bao gồm:



DỊCH VỤ Y TẾ

Điều này bao gồm các lần khám bác sĩ, khám chuyên khoa, nằm viện, phục hồi chức năng và chăm sóc sức khỏe tại nhà. Một số dịch vụ này có thể cần giấy giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc sự chấp thuận trước từ công ty bảo hiểm. Các dịch vụ y tế cũng bao gồm các xét nghiệm quan trọng—như xét nghiệm gen để xác nhận chẩn đoán, xét nghiệm hô hấp, chụp chiếu hình ảnh hoặc kiểm tra dinh dưỡng để theo dõi việc chăm sóc theo thời gian.



BẢO HIỂM THUỐC THEO ĐƠN (QUYỀN LỢI DƯỢC PHẨM)

Bảo hiểm thuốc theo toa giúp chi trả cho các loại thuốc mà quý vị thường mua ở hiệu thuốc. Một số phương pháp điều trị—như tiêm tại phòng khám hoặc truyền dịch tại nhà—có thể được bảo hiểm chi trả theo dịch vụ y tế thay vì nhà thuốc. Nếu quý vị không chắc thuốc đó được bảo hiểm chi trả ở đâu, tốt nhất quý vị nên kiểm tra cả hai phần trong gói bảo hiểm của mình hoặc hỏi nhà cung cấp bảo hiểm.



Y TẾ TOÀN DIỆN

Bảo hiểm y tế toàn diện là một phần trong gói bảo hiểm của quý vị giúp chi trả cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe lớn hoặc kéo dài như khám chuyên khoa, phẫu thuật, các lần khám phòng cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp, hoặc nằm viện nội trú. Không phải tất cả các gói bảo hiểm đều giống nhau, vì vậy quý vị nên kiểm tra gói bảo hiểm của mình hoặc liên hệ với nhà cung cấp bảo hiểm để tìm hiểu xem những gì được bảo hiểm theo quyền lợi y tế toàn diện của quý vị.



THIẾT BỊ Y TẾ SỬ DỤNG LÂU DÀI (DME)

DME là các thiết bị hỗ trợ sự an toàn, tính tự lập và sự thoải mái tại nhà. Với những người mắc SMA, các thiết bị hỗ trợ có thể bao gồm xe lăn, máy thở áp lực dương hai mức (BiPAP hoặc BPAP), ghế tắm, ghế ngồi thích ứng, nẹp chỉnh hình và dụng cụ hỗ trợ đứng. Bảo hiểm thường chi trả cho thiết bị y tế sử dụng lâu dài (DME) khi được kê đơn và cần thiết về mặt y tế, nhưng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể cần nộp giấy tờ để giải thích lý do tại sao lại cần thiết bị đó.



Từ đó, hãy hỏi hãng sở và/hoặc nhà cung cấp bảo hiểm của quý vị những câu hỏi sau để chắc chắn rằng gói bảo hiểm hỗ trợ việc chăm sóc cho quý vị:

- Có những quy định hoặc bước nào cần thiết để đáp ứng tiêu chí “**cần thiết về mặt y tế**” với các phương pháp điều trị mà chúng ta nhận được?
- Chúng ta có cần **giấy giới thiệu** hoặc chấp thuận trước khi nhận được một số dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị nhất định không?
- Chương trình này có hỗ trợ các bệnh hiếm gặp không?
- Có **chi phí tự trả** cho thiết bị y tế hoặc điều trị của chúng ta không?

TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC BẢO HIỂM

Ngay cả khi gói bảo hiểm của quý vị chi trả cho dịch vụ hoặc điều trị đó, quý vị vẫn có thể cần thực hiện thêm một vài bước trước khi được chấp thuận. Dưới đây là một số bước phổ biến mà nhóm chăm sóc của quý vị có thể hỗ trợ:

Yêu cầu giấy giới thiệu

Giấy giới thiệu là chỉ định hoặc khuyến nghị do bác sĩ chăm sóc ban đầu đưa ra để bệnh nhân nhận được dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa, ví dụ như bác sĩ thần kinh. Một số chương trình bảo hiểm yêu cầu giấy giới thiệu để được điều trị chuyên khoa. Nếu không có giấy giới thiệu, gói bảo hiểm của quý vị có thể không chi trả cho dịch vụ đó — hoặc có thể tính phí cao hơn.

Yêu cầu phê duyệt trước

Phê duyệt trước (còn gọi là chấp thuận trước) có nghĩa là bác sĩ cần xin phép công ty bảo hiểm trước khi quý vị nhận được một số phương pháp điều trị hoặc dịch vụ nhất định. Yêu cầu phê duyệt trước thường áp dụng cho:

- Điều trị SMA
- Thiết bị y tế (DME)
- Xét nghiệm di truyền

Nếu không được chấp thuận trước, bảo hiểm của quý vị có thể từ chối chi trả.

Thư Xác nhận cần thiết về mặt y tế

Thư xác nhận sự cần thiết về mặt y tế là một văn bản từ bác sĩ giải thích lý do tại sao một phương pháp điều trị, loại thuốc hoặc thiết bị cụ thể nào đó lại quan trọng đối với sức khỏe của quý vị. Thư này thường được dùng để:

- Hỗ trợ các yêu cầu phê duyệt trước
- Hỗ trợ kháng cáo quyết định từ chối bảo hiểm

Để biết hướng dẫn về những nội dung cần có trong thư xác nhận cần thiết về mặt y tế, vui lòng truy cập trang **[Nguồn Lực Bảo Hiểm của Cure SMA](#)**



HIỂU VỀ YÊU CẦU CHI TRẢ, TỪ CHỐI VÀ KHÁNG NGHỊ BẢO HIỂM

Khi quý vị hoặc người thân của quý vị được chăm sóc y tế, bác sĩ hoặc bệnh viện sẽ gửi yêu cầu thanh toán đến công ty bảo hiểm. Yêu cầu này là đề nghị công ty bảo hiểm hỗ trợ chi trả một phần chi phí dịch vụ.

Luật liên bang yêu cầu công ty bảo hiểm y tế của quý vị phải trả lời yêu cầu bảo hiểm y tế. Thời gian trả lời bắt buộc như sau:

- Trong vòng 15 ngày, nếu quý vị yêu cầu cho phép trước khi tiến hành phương pháp điều trị, trường hợp này thường được gọi là “cho phép trước”;
- Trong vòng 30 ngày đối với các dịch vụ y tế quý vị đã nhận; và
- Trong vòng 72 giờ đối với các vấn đề y tế khẩn cấp

Đôi khi, công ty bảo hiểm có thể từ chối yêu cầu chi trả, nghĩa là họ từ chối thanh toán toàn bộ hoặc một phần chi phí dịch vụ đã nhận. Điều này có thể gây khó chịu—đặc biệt khi dịch vụ đó cần thiết và được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyến cáo thực hiện. Nếu yêu cầu chi trả bị từ chối, các công ty bảo hiểm sẽ gửi thư từ chối.

Những lý do phổ biến dẫn đến việc từ chối điều trị bao gồm:

- Thiếu sự cần thiết về mặt y tế
 - › Các công ty bảo hiểm có thể cho rằng việc điều trị đó không cần thiết dựa trên hướng dẫn của họ. Việc xác định này tính cần thiết có thể dựa trên tuổi tác, kết quả xét nghiệm gen, số lượng bản sao gen SMN2 hoặc mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.
- Thuốc không nằm trong danh mục thuốc được bảo hiểm
 - › Các chương trình bảo hiểm thường có danh sách thuốc ưu tiên (gọi là “danh mục thuốc”). Nếu thuốc không được liệt kê trong danh mục, họ có thể từ chối chi trả.
- Điều trị trùng lặp hoặc điều trị đồng thời không được phép
 - › Một số chương trình bảo hiểm chỉ chi trả cho một phương pháp điều trị tại một thời điểm đối với một số bệnh cụ thể. Họ có thể từ chối chi trả nếu quý vị được kê đơn nhiều hơn một loại thuốc điều trị.



NHỮNG VIỆC CẦN LÀM KHI YÊU CẦU BẢO HIỂM BỊ TỪ CHỐI

Nếu yêu cầu chi trả bị từ chối, quý vị có quyền **kháng nghị**. Kháng nghị là một yêu cầu chính thức gửi đến công ty bảo hiểm để xem xét lại quyết định từ chối chi trả. Việc **bảo hiểm** từ chối chi trả cho điều trị SMA là khá phổ biến. Tuy nhiên, chúng tôi khuyến khích quý vị nộp đơn kháng nghị. Theo báo cáo Tình hình SMA năm 2023, phần lớn các đơn kháng nghị về điều trị SMA đều thành công.

TỪ CHỐI BẢO HIỂM VÀ KHÁNG NGHỊ

55%

trong số những người được điều trị bằng liệu pháp SMA đã bị từ chối bảo hiểm liên quan đến phạm vi chi trả cho điều trị SMA

Outcome of Appealed Insurance Denial (n=227)



Sau khi kháng nghị quyết định bị từ chối chi trả ban đầu, gần ba phần tư số người được chấp thuận điều trị SMA.

Khi phân loại theo độ tuổi, kết quả kháng nghị được ghi nhận ở cả trẻ em và người lớn là tương tự nhau.

Từ chối bảo hiểm và kháng nghị đối với điều trị SMA. Phỏng theo báo cáo Tình hình SMA năm 2023 của Cure SMA, 2024



Nói chung, nếu yêu cầu bảo hiểm của quý vị bị từ chối, quý vị có thể làm theo các bước chính sau đây để chính thức nộp đơn khiếu nại:

Bước

1

Trước khi bắt đầu kháng nghị: Trao đổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Hầu hết các phòng khám đều có nhân viên sẵn sàng hỗ trợ quý vị tìm hiểu rõ hơn về quy trình và có thể thay mặt quý vị nộp đơn kháng nghị.

Để làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về kháng nghị này, quý vị cần cung cấp:

- Bản sao thư từ chối
- Bất kỳ tài liệu nào từ các cuộc trò chuyện của quý vị với công ty bảo hiểm
- Bất kỳ thông tin y tế nào quý vị có

Đôi khi, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể trực tiếp trao đổi với bác sĩ từ công ty bảo hiểm để giải thích lý do cần thiết phải điều trị. Phương án này, được gọi là peer-to-peer (giải thích đồng đẳng), không phải tất cả các công ty bảo hiểm đều có, nhưng nó có thể giúp đẩy nhanh tiến độ. Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ với công ty bảo hiểm để xem liệu đây có phải là một lựa chọn có thể được sử dụng để kháng nghị hay không.





Quý vị cũng có thể liên hệ với nhà cung cấp bảo hiểm để đảm bảo tuân thủ các yêu cầu kháng nghị của họ. Quý vị nên ghi chép lại các cuộc trò chuyện với công ty bảo hiểm: ghi lại ngày, giờ, thời lượng và chi tiết của cuộc trò chuyện, cũng như tên và/hoặc bất kỳ mã nhận diện nào của người trò chuyện cùng quý vị. Việc lập hồ sơ giấy có thể hữu ích khi nộp đơn kháng nghị.

Bước 2

Kháng nghị nội bộ: Để nộp đơn kháng nghị nội bộ, quý vị và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải gửi thư kháng nghị cho công ty bảo hiểm, chứng minh lý do tại sao một dịch vụ, phương pháp điều trị hoặc thiết bị cụ thể là cần thiết về mặt y tế. Thông thường, đơn kháng nghị cần được nộp trong một khung thời gian nhất định—thường là 180 ngày. Để biết hướng dẫn về những nội dung cần có trong thư kháng nghị, vui lòng truy cập [trang Nguồn Lực Bảo Hiểm của Cure SMA](#). Các công ty dược phẩm cũng cung cấp các nguồn lực để hỗ trợ việc kháng nghị đối với điều trị SMA.

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

Bước 3

Kháng nghị nội bộ: Nếu đơn kháng nghị nội bộ bị từ chối, quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ có thể hỗ trợ yêu cầu một người không thuộc công ty bảo hiểm xem xét lại. Việc xem xét của bên thứ ba thường do một cơ quan cấp tiểu bang hoặc liên bang thực hiện. Quý vị phải nộp văn bản yêu cầu duyệt xét bên ngoài trong vòng 60 ngày sau khi đơn kháng nghị nội bộ bị từ chối. Điều quan trọng là phải yêu cầu một chuyên gia trong lĩnh vực cụ thể liên quan đến lý do từ chối.



ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI BẢO HIỂM CỦA HÃNG SỞ?

Nếu công ty bảo hiểm từ chối chi trả cho một phương pháp điều trị hoặc dịch vụ nào đó, quý vị sẽ cảm thấy rất khó chịu. Nhưng điều quan trọng cần biết là công ty bảo hiểm có thể không phải là bên duy nhất đưa ra quyết định. Trong nhiều trường hợp, các quy định về phạm vi bảo hiểm do hãng sở đặt ra, chứ không phải công ty bảo hiểm. Nếu quý vị không chắc chắn lý do tại sao yêu cầu chi trả bị từ chối, hãy xem lại các tài liệu về chương trình bảo hiểm của quý vị hoặc liên hệ với bộ phận nhân sự hoặc bộ phận phúc lợi. Họ có thể giải thích các quyền lợi có trong chương trình bảo hiểm của quý vị. Các công ty dược phẩm cũng có thể cung cấp các nguồn lực để hướng dẫn quý vị trong suốt quá trình này. Xem các liên kết bên trái để biết hướng dẫn cụ thể cho từng phương pháp điều trị.





NẮM RÕ VÀ QUẢN LÝ CÁC CHI PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Liên quan đến việc thanh toán cho bảo hiểm y tế, quý vị nên nắm rõ các chi phí mà quý vị sẽ phải trả. Có nhiều công cụ giúp quý vị ước tính và so sánh các chi phí gắn liền với bảo hiểm y tế của quý vị, bao gồm **khoản đồng bảo hiểm**, **khoản đồng thanh toán (khoản đồng trả)** và **khoản khấu trừ**. Ngoài các ứng dụng lập ngân sách mà quý vị có thể tải xuống điện thoại thông minh, các tổ chức như Fair Health Consumers cũng cung cấp công cụ tính để giúp ước tính chi phí cho các thủ thuật và dịch vụ y tế trong khu vực nơi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Cho dù quý vị có được bảo hiểm hay không thì ước tính chi phí mà quý vị nhận được sẽ cho biết số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc.

Tìm hiểu thêm tại fairhealthconsumer.org/



NGOÀI MẠNG LƯỚI

Vì SMA được coi là bệnh trạng hiếm gặp nên có thể khó tìm được nhà cung cấp biết tường tận về chứng rối loạn này và những khó khăn có liên quan. Đó là lý do vì sao quý vị cần biết chương trình bảo hiểm y tế của mình bao trả cho những cơ sở và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào.

Các công ty bảo hiểm quản lý và dự kiến chi phí bằng cách xây dựng mạng lưới nhà cung cấp (có nghĩa là ký hợp đồng với các bác sĩ, bệnh viện và chuyên gia y tế khác để họ cung cấp dịch vụ chăm sóc ở mức giá đã thương lượng). Việc thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bệnh viện trong mạng lưới bảo hiểm của quý vị (**nhà cung cấp trong mạng lưới**) có nhiều lợi ích, bao gồm phí tổn xuất túi thấp hơn và các quyền lợi bảo hiểm cao hơn. Tuy nhiên, các công ty bảo hiểm đã thu hẹp mạng lưới trong những năm gần đây để duy trì chi phí thấp. Do đó, có nhiều khả năng là không phải bác sĩ, bệnh viện hay cơ sở điều trị y tế nào cũng sẽ được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị bao trả. Công ty bảo hiểm của quý vị có danh bạ nhà cung cấp để giúp quý vị nắm rõ mạng lưới của quý vị gồm những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bệnh viện nào.





CHI PHÍ TỰ TRẢ

Nhiều chương trình bảo hiểm y tế hiện đang tính phí bảo hiểm cao hơn và áp dụng mức phí tổn xuất túi cao hơn đối với bệnh nhân, tạo ra gánh nặng lớn hơn cho người mắc SMA và người chăm sóc của họ. Tuy nhiên, có những tài nguyên sẵn có giúp quý vị dự kiến và quản lý chi phí chăm sóc sức khỏe. Hãy hiểu rằng công ty bảo hiểm của quý vị không được từ chối bảo hiểm của quý vị, từ chối gia hạn bảo hiểm của quý vị hoặc tính phí bảo hiểm cao hơn cho quý vị vì SMA.

Phí tổn xuất túi là chi phí của quý vị cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không được bảo hiểm bồi hoàn trực tiếp, bao gồm:

Phí bảo hiểm: số tiền quý vị thanh toán mỗi tháng để có bảo hiểm y tế, cho dù quý vị có sử dụng chương trình bảo hiểm của mình hay không.

Khoản khấu trừ: số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chương trình bảo hiểm của quý vị bao trả trước khi bảo hiểm bắt đầu thanh toán.

Khoản đồng bảo hiểm: tỷ lệ phần trăm do quý vị thanh toán đối với chi phí của dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả, sau khi thanh toán mọi khoản khấu trừ có liên quan.

Khoản đồng thanh toán/Khoản đồng trả: số tiền đã ấn định mà quý vị thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả.

Trong hầu hết các chương trình bảo hiểm y tế đều có mức phí tổn xuất túi tối đa mà quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả trong một năm chương trình. Cách quý vị đáp ứng mức tối đa đó tùy thuộc vào khoản khấu trừ và tỷ lệ phần trăm đồng bảo hiểm của quý vị.

HỖ TRỢ CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ TỰ CHI TRẢ

Ngay cả khi phương pháp điều trị được chấp thuận, quý vị vẫn có thể phải tự chi trả một khoản chi phí. Nếu quý vị đang phải đối mặt với chi phí cao, đây là một số lựa chọn có thể giúp ích:

- Các công ty sản xuất thuốc điều trị SMA cung cấp các chương trình hỗ trợ bệnh nhân để giúp giảm bớt chi phí. Các chương trình này có thể cung cấp hỗ trợ tài chính, giảm giá hoặc thậm chí thuốc miễn phí cho những người đủ điều kiện. Vui lòng xem các liên kết được cung cấp để tìm hiểu thêm về từng chương trình và cách thức đăng ký.
 - ✓ [Evrysdi®](#)
 - ✓ [Ivisma®](#)
 - ✓ [Spinraza®](#)
 - ✓ [Zolgensma®](#)
- Cân nhắc liên hệ với các tổ chức phi lợi nhuận cung cấp các chương trình hỗ trợ đồng chi trả, chẳng hạn như:
 - › PAN Foundation: <https://www.panfoundation.org>
 - › Quỹ Co-Pay Relief của Patient Advocate Foundation: <https://copays.org/>
- Tìm hiểu các chương trình của tiểu bang hoặc các miễn trừ Medicaid có thể cung cấp thêm hỗ trợ hoặc bảo hiểm cho quý vị.
 - › Quý vị có thể yêu cầu thêm thông tin về bảo hiểm do tiểu bang tài trợ bằng cách điền vào [Biểu Mẫu Yêu Cầu Cure SMA](#) và nhấp vào Hướng Dẫn Nguồn Lực Cụ Thể của Tiểu Bang:
- Tìm hiểu về các thẻ giảm giá thuốc theo toa trực tuyến. Đôi khi các thẻ này có thể giúp giảm giá một số loại thuốc tại hiệu thuốc của quý vị.



BẢNG THUẬT NGỮ

Khiếu nại: Yêu cầu để chương trình bảo hiểm y tế xem xét lại quyết định từ chối bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc sản phẩm cụ thể.

Chương trình Bảo hiểm Y tế cho Trẻ em (CHIP): Bảo hiểm y tế chi phí thấp cho trẻ em trong các gia đình vượt mức đủ điều kiện về thu nhập đối với Medicaid nhưng không thể trang trải chi phí bảo hiểm y tế khác.

Khoản đồng bảo hiểm: Tỷ lệ phần trăm do quý vị thanh toán trong chi phí của dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả, sau khi thanh toán mọi khoản khấu trừ có liên quan; ví dụ: 5 phần trăm số tiền được phép mà được thanh toán cho bác sĩ.

Khoản đồng thanh toán (khoản đồng trả): Một số tiền đã ấn định mà quý vị thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả; ví dụ: \$20 mỗi lần thăm khám với bác sĩ.

Khoản chia sẻ chi phí: Phần chia sẻ chi phí của dịch vụ chăm sóc mà cá nhân phải thanh toán.

Khoản khấu trừ: Số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chương trình bảo hiểm của quý vị bao trả trước khi bảo hiểm bắt đầu thanh toán.

Thu nhập giả định: Phần được coi là thuộc về quý vị trong thu nhập và tài nguyên của vợ/chồng không đủ điều kiện của quý vị.

Đủ điều kiện kép (người thụ hưởng đủ điều kiện kép, người đủ điều kiện kép): Đủ điều kiện kép hoặc người thụ hưởng đủ điều kiện kép hay người đủ điều kiện kép chỉ những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Thuật ngữ này bao gồm những người ghi danh tham gia Medicare Phần A và/hoặc Phần B và nhận được đầy đủ quyền lợi của Medicaid và/hoặc được hỗ trợ phí bảo hiểm hoặc khoản chia sẻ chi phí của Medicare thông qua một trong những danh mục sau của Chương trình Tiết kiệm Medicare (Medicare Savings Program, MSP):

- **Chương trình Người thụ hưởng Medicare Đủ tiêu chuẩn (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)** – Giúp thanh toán phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán cho Phần A và/hoặc Phần B.
- **Chương trình Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập Thấp đã được Quy định (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)** – Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B.
- **Chương trình Cá nhân Đủ tiêu chuẩn (Qualifying Individual, QI)** – Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B.
- **Chương trình Người Khuyết tật Làm việc Đủ tiêu chuẩn (Qualified Disabled Working Individual, QDWI)** – Thanh toán phí bảo hiểm Phần A cho một số người nhất định có khuyết tật và đang làm việc.

Thiết bị y tế lâu bền: Thiết bị và vật tư y tế do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ định để sử dụng hàng ngày hoặc kéo dài trong hơn ba năm, ví dụ như xe lăn hoặc thiết bị hỗ trợ hô hấp.

Thu nhập do lao động: Thu nhập từ tiền công, tiền lương, tiền bo và khoản thanh toán chịu thuế khác cho người lao động; phúc lợi do công đoàn chi trả cho người đình công; phúc lợi cho khuyết tật dài hạn, được nhận trước độ tuổi về hưu tối thiểu; và thu nhập ròng từ việc làm tự do.

Bảo hiểm y tế do chính phủ tài trợ: Danh mục phong phú gồm các chương trình bảo hiểm y tế mà qua đó các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp (ví dụ: Medicare, Medicaid và CHIP).

Thu nhập bằng hiện vật: Thu nhập khác không phải tiền. Trong đó bao gồm nhiều quyền lợi cho người lao động và hàng hóa, dịch vụ do chính phủ cung cấp, ví dụ như đường sá không thu phí, tem phiếu thực phẩm, giáo dục công hoặc hệ thống chăm sóc sức khỏe do chính phủ cung cấp miễn phí.



Nhà cung cấp trong mạng lưới (hoặc nhà cung cấp ưu tiên): Nhà cung cấp đã ký hợp đồng với công ty bảo hiểm để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên hoặc chủ hợp đồng bảo hiểm của chương trình bảo hiểm.

Medicaid: Chương trình bảo hiểm y tế do chính quyền tiểu bang quản lý để cung cấp bảo hiểm cho người có thu nhập thấp hoặc cho trẻ em khuyết tật và có nhu cầu đặc biệt. Ở hầu hết các tiểu bang, người thụ hưởng Medicaid thường được bao trả bởi một trong những chương trình sau:

- **Dịch vụ trả phí** – một mô hình thanh toán, trong đó các dịch vụ không được nhóm lại với nhau và được thanh toán riêng lẻ.
- **Medicaid của tiểu bang** – một chương trình đơn lẻ trên toàn tiểu bang do chính quyền tiểu bang quản lý.
- **Chăm sóc có quản lý của Medicaid** – một hệ thống trong đó bệnh nhân đồng ý chỉ thăm khám với một số bác sĩ và bệnh viện nhất định, đồng thời chi phí điều trị sẽ do một công ty quản lý giám sát. Chương trình này được quản lý bởi bảo hiểm y tế tư nhân ký hợp đồng với tiểu bang.

Cần thiết về mặt y tế: Dịch vụ hoặc vật tư chăm sóc sức khỏe đáp ứng các tiêu chuẩn chăm sóc được chấp nhận và cần thiết để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, thương tích, bệnh trạng, chứng rối loạn, bệnh tật hoặc các triệu chứng.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế của chính phủ, cung cấp bảo hiểm cho người từ 65 tuổi trở lên và người dưới 65 tuổi có khuyết tật nhất định. Medicare gồm bốn phần:

- **Phần A** – Bảo hiểm bệnh viện (chăm sóc nội trú tại bệnh viện, chăm sóc nội trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc cuối đời và một số dịch vụ y tế tại nhà).
- **Phần B** – Bảo hiểm y tế (dịch vụ bác sĩ, chăm sóc ngoại trú, thiết bị y tế lâu bền, dịch vụ chăm sóc tại nhà và nhiều dịch vụ phòng bệnh khác).
- **Phần C** – Medicare Advantage (MA) (các công ty bảo hiểm tư nhân được Medicare chấp thuận sẽ cung cấp tất cả dịch vụ Phần A và Phần B, đồng thời có thể cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa và các quyền lợi bổ sung khác).
- **Phần D** – Quyền lợi thuốc kê toa (các công ty tư nhân được Medicare chấp thuận sẽ cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú).
 - Người thụ hưởng Medicare đáp ứng các giới hạn nhất định về thu nhập và tài nguyên có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Chương trình Trợ giúp Bổ sung. Chương trình này giúp thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng, khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ hàng năm.

Mạng lưới: Các tổ chức, nhà cung cấp và nhà cung ứng hợp tác với chương trình bảo hiểm của quý vị để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới (hoặc nhà cung cấp không được ưu tiên): Nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình bảo hiểm của quý vị.

Phí tổn xuất túi (Out-of-pocket, đôi khi gọi là OOP): Số tiền cá nhân có thể phải thanh toán cho chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. Số tiền này có thể thay đổi tùy theo chương trình bảo hiểm y tế và có thể bao gồm các khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán.

Giới hạn phí tổn xuất túi: Số tiền tối đa quý vị phải thanh toán, thường trong một năm, trước khi chương trình của quý vị bắt đầu thanh toán 100 phần trăm chi phí của quý vị.

Phí bảo hiểm: Số tiền mà gia đình hoặc cá nhân phải thanh toán để được bảo hiểm, thường phải thanh toán hàng tháng.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính: Chuyên gia chăm sóc sức khỏe sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều phối quyền tiếp cận một loạt các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đa dạng.

Bảo hiểm y tế tư nhân: Còn gọi là bảo hiểm thương mại, là một danh mục bảo hiểm y tế phong phú, trong đó các quyền lợi được mua trực tiếp từ chương trình bảo hiểm y tế hoặc thông qua hãng sở, người môi giới hoặc thị trường bảo hiểm y tế công cộng (còn gọi là sàn giao dịch bảo hiểm).



Bảo hiểm chính (hay người thanh toán chính): Đối với người có nhiều nguồn bảo hiểm y tế, bảo hiểm chính là nguồn bảo hiểm chính của họ. Bảo hiểm này sẽ thanh toán đầu tiên, trừ khi một dịch vụ hoặc sản phẩm chăm sóc sức khỏe cụ thể không được bao trả.

Cho phép trước: Yêu cầu của chương trình bảo hiểm y tế mà quyết định liệu một phương pháp điều trị hoặc thuốc có cần thiết về mặt y tế hay không trước khi cho phép bảo hiểm.

Mạng lưới nhà cung cấp: Nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc sức khỏe và nhà cung ứng ký hợp đồng với công ty bảo hiểm để cung cấp dịch vụ và sản phẩm.

Bảo hiểm y tế do chính phủ tài trợ: Tổ chức công tạo điều kiện cho việc mua bảo hiểm y tế thương mại tư nhân khi bảo hiểm do hãng sở tài trợ không được cung cấp hoặc quá tốn kém. Người có thu nhập giới hạn mua bảo hiểm thông qua thị trường bảo hiểm công cộng có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp của chính phủ để góp phần giảm phí bảo hiểm, khoản chia sẻ chi phí hoặc cả hai.

Phí hợp lý và thông thường: Các khoản phí mà chương trình bảo hiểm y tế của quý vị áp dụng cho một dịch vụ y tế hoặc phương pháp điều trị cụ thể; các khoản phí được coi là hợp lý và thông thường phù hợp với chi phí hiện hành nói chung của dịch vụ đó trong khu vực địa lý của quý vị, do chương trình bảo hiểm y tế của quý vị tính toán.

Giấy giới thiệu: Giấy chỉ định, cho phép hoặc khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cho một bệnh nhân để nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa; ví dụ: một số người mắc SMA có thể cần giấy giới thiệu để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa như bác sĩ chuyên khoa phổi hoặc bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình.

Bảo hiểm phụ/bổ sung (hay người thanh toán phụ/bổ sung): Đối với người có nhiều nguồn bảo hiểm y tế, nguồn bảo hiểm bổ sung sẽ thanh toán cho các dịch vụ hoặc chi phí không được bảo hiểm y tế chính bao trả.

TRICARE: Chương trình chăm sóc sức khỏe cho những người phục vụ trong quân ngũ, bao gồm những người đang làm nhiệm vụ và đã xuất ngũ của Quân đội Hoa Kỳ, Không quân Hoa Kỳ, Hải quân Hoa Kỳ, Thủy quân Lục chiến Hoa Kỳ, Tuần duyên Hoa Kỳ, Đoàn Ủy nhiệm Y tế Công cộng Hoa Kỳ và Đoàn Ủy nhiệm Quản lý Khí quyển và Đại dương Quốc gia, cũng như gia đình họ trên toàn thế giới.

- Quân nhân đã xuất ngũ có thể đủ điều kiện hưởng cả quyền lợi TRICARE và VA Care.
- Người phục vụ trong quân ngũ xuất ngũ do bệnh tật hoặc khuyết tật liên quan đến việc làm nhiệm vụ có thể đủ điều kiện hưởng quyền lợi VA và một số quyền lợi TRICARE nhất định.

Thu nhập phi lao động: Thu nhập từ các nguồn khác, không phải do làm việc, bao gồm thu nhập từ việc sở hữu tài sản (được gọi là thu nhập từ tài sản), thừa kế, lương hưu, đầu tư, lãi và các khoản tiền nhận được từ phúc lợi công cộng.

VA Care: Các quyền lợi chăm sóc sức khỏe dành cho người đã phục vụ trong bất kỳ lực lượng vũ trang nào và đã xuất ngũ theo bất kỳ điều kiện nào ngoại trừ tình trạng mất danh dự.

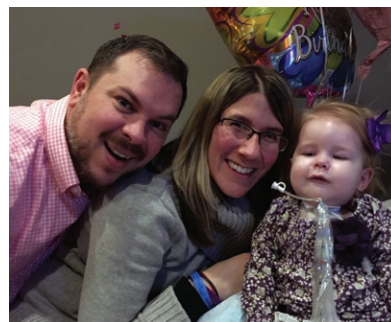
- Quân nhân đang tại ngũ và cựu quân nhân của Lực lượng Trừ bị hoặc Đội Vệ binh Quốc gia được gọi nhập ngũ theo lệnh của liên bang và đã hoàn thành đầy đủ thời gian được triệu tập hoặc theo lệnh cũng có thể đủ điều kiện hưởng các quyền lợi y tế cho cựu chiến binh (VA).
- Quân nhân đã xuất ngũ có thể đủ điều kiện hưởng cả quyền lợi TRICARE và VA Care.
- Người phục vụ trong quân ngũ xuất ngũ do bệnh tật hoặc khuyết tật liên quan đến việc làm nhiệm vụ có thể đủ điều kiện hưởng quyền lợi VA và một số quyền lợi TRICARE nhất định.



CURE SMA

Cure SMA là một tổ chức phi lợi nhuận và là mạng lưới lớn nhất trên thế giới gồm các gia đình, bác sĩ thăm khám và các nhà khoa học nghiên cứu cùng hợp tác nhằm thúc đẩy nghiên cứu về SMA, hỗ trợ các cá nhân/người chăm sóc bị ảnh hưởng và phổ biến kiến thức về SMA cho người dân cũng như giới chuyên môn.

Cure SMA là nguồn hỗ trợ khách quan. Chúng tôi sẵn sàng giúp đỡ tất cả những người mắc SMA và người thân của họ, đồng thời không ủng hộ bất kỳ lựa chọn hay quyết định cụ thể nào. Mỗi cá nhân và người chăm sóc đều có lựa chọn riêng về những gì phù hợp nhất với hoàn cảnh, phù hợp với đức tin cá nhân của họ. Cha mẹ và thành viên gia đình quan trọng khác sẽ được giải bày cảm xúc của họ về những chủ đề này và đặt câu hỏi cho đội ngũ chăm sóc SMA của họ. Các quyết định đó sẽ không được đưa ra một cách vội vàng và tất cả các phương án sẽ được cân nhắc và đánh giá cẩn thận. Mọi lựa chọn liên quan đến SMA đều rất riêng tư và sẽ phản ánh các giá trị của mỗi người, cũng như những gì phù hợp nhất cho mỗi cá nhân và người chăm sóc của họ.



Cure SMA sẵn sàng hỗ trợ quý vị. Để tiếp tục tìm hiểu, vui lòng xem các tập sách hiện có trong Chuỗi chăm sóc:

- Quy tắc hít thở cơ bản
- Lựa chọn chăm sóc
- Di truyền học về SMA
- Hệ thống cơ xương
- Quy tắc dinh dưỡng cơ bản
- Tìm hiểu về SMA

SỨ MỆNH CỦA CHÚNG TÔI LÀ THÚC ĐẨY NGHIÊN CỨU VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ CÁCH CHỮA KHỎI SMA, ĐỒNG THỜI HỖ TRỢ VÀ TRAO QUYỀN CHO TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI BỊ ẢNH HƯỞNG BỞI SMA HIỆN NAY.



Theo dõi chúng tôi trên
mạng xã hội để cập nhật
những tin tức và câu
chuyện mới nhất!



www.cureSMA.org ☐ 800.886.1762 ☐ info@cureSMA.org