



Su seguro

🔥 Mi fuente principal de seguro médico es:

- No tengo seguro médico
- Empleador/empleador de un familiar
- Seguro que adquirí yo mismo
- Medicaid
- Medicare
- Militares/veteranos

🔥 Mi compañía de seguro médico principal es: (por ejemplo, Aetna, BlueCross, etc.)

🔥 Mi cobertura de seguro médico secundaria es:

- no corresponde

🔥 La inscripción abierta es el período de tiempo en el que se pueden realizar cambios o ajustes en el seguro.


Mi período de inscripción abierta es: _____

🔥 Tengo un seguro médico que cubre:

Si utiliza la misma tarjeta médica para la cobertura “médica principal” (es decir, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios) que, para la cobertura de medicamentos, el **tipo de seguro** será el mismo para cada categoría.

Marque todo lo que corresponda	Tipo de atención médica	Tipo de seguro	Cómo se aplica a mi caso
	<i>(Ejemplo)</i> Anteojos	<i>Seguro oftalmológico</i> <i>Avesis</i>	<i>Cubre un par de anteojos</i> <i>por año</i>
	Medicamentos recetados		
	Atención de pacientes hospitalizados (por ejemplo, internaciones)		
	Atención ambulatoria (por ejemplo, consultas médicas, exámenes de salud, pruebas de laboratorio)		
	Equipo médico duradero (por ejemplo, bombas, equipo de oxígeno, silla de ruedas)		

Asistencia financiera


 Muchos equipos médicos de hipertensión pulmonar (HP) incluyen un miembro del personal con conocimientos sobre formas de reducir los gastos por cuenta propia para adquirir los medicamentos para la HP. Debe preguntarle a su enfermera o médico si alguna de estas opciones funcionaría para usted.

 **He hablado con mi equipo médico sobre los siguientes recursos para ayudar a pagar mi medicamento:**

- Fondos de asistencia sin fines de lucro
- Programas de asistencia de empresas farmacéuticas
- Farmacia especializada
- Asistencia de discapacidad del seguro social y otros programas gubernamentales

La Asociación de Hipertensión Pulmonar (PHA) no contribuye en el pago de los medicamentos, pero puede encontrar recursos disponibles en nuestro sitio web: PHAssociation.org/Help.

Solución de problemas del seguro

 Muchos equipos médicos de HP cuentan con personal dedicado a solicitar autorización previa, orientar acerca de los requisitos de las terapias escalonadas y apelar las denegaciones. Es probable que usted no sea el responsable de completar los pasos a continuación; sin embargo, este cuadro puede ayudarlo a comprender algunas dificultades específicas del seguro en caso de que tenga preguntas o necesite abogar por usted mismo.

La **autorización previa** se refiere a la necesidad de aprobación de ciertos servicios o tratamientos médicos por parte de su seguro médico antes de que se presten dichos servicios o tratamientos. No todos los servicios requieren autorización previa.

La **terapia escalonada** es el requisito de explorar alternativas de tratamiento menos costosas y riesgosas, y considerarlas inadecuadas, antes de que se aprueben terapias más inciertas o costosas.

Recibir tratamiento

Si su compañía de seguros se niega a pagar el tratamiento que usted recibió, presente una apelación y solicite una reevaluación del reclamo o servicio que su compañía de seguros negó. Una denegación inicial no es definitiva y puede ser revocada si usted apela.

Si alcanza su límite de beneficios, solicite una anulación del límite en caso de que haya suficiente necesidad médica o solicite a su plan que considere un nivel de cobertura más alto.

Presente una queja si se rechaza su reclamo porque su plan médico no cubre específicamente el servicio o los productos necesarios. También puede presentar una queja formal ante su compañía de seguros o ante la Comisión de Seguros del Estado en relación con cualquier aspecto de los servicios que proporciona su plan de atención médica.

Quién puede ayudar

Estas son las personas que podrían ayudarlo si tiene problemas con su seguro:

- Su equipo de cuidado de HP.
- El departamento de facturación de su centro de tratamiento de HP.
- Un amigo o familiar.
- PHA: llame al 301-565-3004, ext. 749.
- El personal de servicios constituyentes en las oficinas de los funcionarios electos.

Glossary

Coseguro: un monto que debe pagar de su bolsillo cuando recibe atención médica cubierta, que representa un porcentaje del costo total.

Copago: un monto que debe pagar de su bolsillo cuando recibe atención médica cubierta, que representa un monto fijo en dólares.

Deducible: la cantidad de dinero que debe pagar antes de que su plan de seguro pague por cualquier atención médica o recetas.

Equipo médico duradero: equipo médico que se puede usar en reiteradas oportunidades y no es desechable, como sillas de ruedas, bombas y equipos de oxígeno.

Formulario: una lista aprobada de medicamentos recetados que cubre un plan de seguro específico.

Medicaid: programa de seguro médico del gobierno para personas elegibles de bajos ingresos; la elegibilidad varía según el estado.

Medicare: un programa federal de seguro médico principalmente para personas mayores de 65 años. Si califica para la asistencia por discapacidad del seguro social, también puede calificar para Medicare después de un período de carencia de 24 meses, independientemente de su edad. La cobertura de Medicare se puede dividir en varias partes, que generalmente se las identifica con las letras A, B, C y D.

- **Parte A:** cubre hospitalización y atención hospitalaria.
- **Parte B:** cubre atención ambulatoria, incluidas las consultas al médico y los exámenes de salud. También cubre equipos médicos duraderos como el oxígeno, scooters y sillas de ruedas, nebulizadores y bombas.
- **Parte D:** cubre medicamentos recetados.
- **Parte C:** también conocida como Medicare Advantage, combina la cobertura de las partes A y B en un solo plan. Algunos planes de Advantage también incluyen cobertura de medicamentos recetados. Los beneficiarios de Medicare pueden optar por tener cobertura Medicare Advantage en lugar de las Partes A y B de Medicare.

Prima: el pago mensual que realiza un empleador o individuo para adquirir un seguro.

Terapia escalonada: el seguro puede solicitarle que “pruebe y falle” un medicamento específico antes de que se apruebe el medicamento recetado originalmente.