



Su guía al seguro médico

BioMarin RareConnections™ tiene el firme compromiso de ayudarlo durante todo su proceso de tratamiento. Una parte importante de este proceso consiste en entender el seguro médico y conocer sus opciones en cuanto a la cobertura de los planes médicos y ayuda económica. En esta guía encontrará información básica que le orientará en su elección del plan adecuado para usted.

Para comenzar, llame al

1-866-906-6100



Apoyo poco común para enfermedades raras

¿Qué es el seguro médico?

El seguro médico ayuda a pagar los gastos relacionados con la salud, tales como las citas médicas, exámenes, operaciones, medicamentos recetados, servicios de emergencia, atención infantil y una diversidad de otros servicios.

¿Por qué necesito seguro médico?

El seguro médico puede ayudarlo a:

- Cubrir los costos de la atención médica por problemas de salud inesperados y/o accidentes
- Proteger sus recursos financieros contra los altos costos del tratamiento médico
- Tener acceso a una red de médicos y hospitales que trabajen con compañías de seguros para reducir los costos
- Acelerar y facilitar el pago y seguimiento de las facturas médicas
- Fomentar la buena salud
- Brindarle tranquilidad a usted y a su familia



Las personas que tienen seguro médico tienden a acudir al médico con regularidad, lo que puede ayudar a identificar los problemas de salud antes de que se conviertan en emergencias.

Mis opciones de atención médica. ¿Por dónde comienzo?

Hay muchos tipos de programas de seguro médico.

Seguro médico privado

- Los planes médicos privados suelen ser proporcionados por un empleador u otra organización
- Los planes médicos privados también se pueden adquirir de forma individual

Seguro médico público

Hay programas de seguro médico, patrocinados por entidades federales y estatales, que están disponibles para las personas elegibles según su capacidad para trabajar, sus ingresos y su edad. Entre estos programas se encuentran:

Medicaid: este programa de seguro médico conjunto federal y estatal proporciona beneficios médicos de bajo costo a determinadas personas que cumplan con requisitos de bajos ingresos. Las personas que tengan ciertas enfermedades pueden solicitar una exención de Medicaid para conseguir esta cobertura aunque sus ingresos no sean bajos. Las exenciones de Medicaid podrían ayudar a ofrecer servicios (como atención de enfermería privada y tratamientos especializados). Medicaid varía según el estado.

Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP): este programa federal y estatal de seguro médico ofrece cobertura para algunos niños y adolescentes hasta los 19 años. El CHIP está destinado a algunas familias que no tienen los medios para costearse el seguro, pero cuyos ingresos son demasiado altos para poder recibir Medicaid. El CHIP varía según el estado.

Medicare: se trata de un programa federal de seguro médico para las personas mayores de 65 años y también para algunas personas menores de 65 años afectadas por ciertas discapacidades.

Mercado de seguros médicos

El mercado o "intercambio" es un servicio que ayuda a las personas a investigar e inscribirse en planes médicos asequibles. El gobierno federal y algunos estados administran estos mercados, y normalmente los planes pueden adquirirse a través de compañías privadas de seguro médico.

¿Tiene preguntas?
Llame a BioMarin RareConnections™
1-866-906-6100



Lista de verificación sobre cobertura y costos de la atención médica

Cada plan de atención médica tiene sus propios beneficios y restricciones en cuanto a recetas y servicios médicos. Haga las preguntas correctas para ayudar a garantizar que se satisfagan sus necesidades médicas y entender sus responsabilidades respecto a los pagos.

Consulte con su plan médico o programa estatal de Medicaid o CHIP para averiguar qué servicios están cubiertos.

- ¿Cubre el plan sus preferencias en cuanto a médicos, especialistas, atención de emergencia, ingresos hospitalarios y farmacias?
- ¿Cubre el plan las recetas médicas que usted necesite?
- ¿Qué tipo de autorizaciones previas (de haberlas) se requieren?
- ¿Existen limitaciones que podrían afectar negativamente su tratamiento, tales como exclusión de servicios de atención domiciliaria?

Familiarícese con los costos de bolsillo de los planes médicos: primas, copagos, deducibles y coseguros.

Consejos para tener en cuenta los costos de bolsillo:

- Sepa que el comienzo o la renovación de un plan médico pueden afectar los costos de bolsillo. Por ejemplo, los medicamentos recetados podrían costar más al principio del año, hasta que se llegue al límite del deducible del plan
- Antes de cambiar la cobertura de sus recetas médicas, llame a la compañía de seguro y pídale a un representante que revise su lista de medicamentos y su cobertura para poder prever los costos
- Averigüe si su plan médico tiene límites en los gastos de bolsillo

Conozca la diferencia entre los servicios y proveedores "dentro de la red" y "fuera de la red" y sepa cómo evitar los cargos extra.

Los proveedores de atención médica que no pertenezcan a la red de su plan médico se consideran "fuera de la red". Puede que su plan no cubra estos costos, en cuyo caso usted tendrá que abonar el pago completo.

- Antes de recibir atención médica, pregunte si el médico pertenece a la red del plan
- Si su médico recomienda otros tratamientos (como análisis de sangre), primero pregunte si el laboratorio está cubierto como si perteneciera a la red
- Para cada nuevo aspecto de su atención médica, primero pregunte si pertenece a la red

¡El programa BioMarin RareConnections™ está listo para ayudar con apoyo y comunicaciones constantes!

Conservar la salud es importante para todos, especialmente para las personas afectadas por enfermedades raras. No deje de comunicarse con su coordinador de casos si necesita ayuda; por ejemplo:

- para resolver sus preguntas sobre cualquier cosa que lea en este folleto
- para investigar sus opciones e inscribirse en el plan médico que sea óptimo para usted
- para que le oriente con la póliza de su plan médico y el sistema de atención médica
- para obtener acceso a medicamentos de BioMarin

¿Lo sabía?

Las personas que sufren afecciones raras podrían tener otros gastos médicos por necesidades como equipo asistencial, transporte a las citas y servicios de atención domiciliaria.

Para saber cómo puede ayudarlo BioMarin RareConnections™ a entender la cobertura de su seguro y opciones de asistencia económica, visite BioMarin-RareConnections.com.



GLOSARIO

Acumulador de copagos: política de un plan médico que no aplica ni los cupones de fabricantes ni los beneficios de programas de copago al deducible anual de un plan.

Autorización previa: documento exigido por un plan médico antes de que pueda recibirse un servicio o medicamento. El proveedor de atención médica y/o la farmacia le proporcionan la información al plan.

COBRA: programa que ofrece a un empleado elegible y sus dependientes una cobertura continua de seguro médico durante un plazo especificado, si el empleado pierde su trabajo.

Copago: cantidad fija que usted abona al recibir atención médica o un medicamento.

Coseguro: porcentaje que usted abona de una factura por servicios médicos (por ejemplo, el 20%). El plan médico paga el porcentaje restante.

Costos de bolsillo (Out-of-pocket, OOP): dinero que usted paga por sus costos de atención médica, pero a través del seguro no le devuelva.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA): tipo de cuenta (que se abre a través de un empleador) que permite ahorrar dinero para pagar gastos médicos. Este dinero está exento de impuestos. Para poder contribuir a la cuenta hay que tener un plan médico con un deducible alto, y los fondos que no se utilicen se transfieren al año siguiente.

Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA): cuenta (que se abre a través de un empleador) que permite depositar dinero del cheque del sueldo para destinarlo a ciertos gastos médicos. Este dinero está exento de impuestos.

Deducible: cantidad de dinero específica que usted debe abonar todos los años antes de que su plan médico comience a pagar.

Desembolso máximo: la máxima cantidad que usted tendrá que pagar durante el período que dure la póliza del plan médico (normalmente, 1 año) antes de que el plan cubra todos los costos.

Exclusión o limitación: medicamento o servicio que el plan médico no cubre en absoluto o que solo cubre con una cantidad reembolsable máxima.

Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB): informe o documento en el que se explican los detalles de los pagos de las reclamaciones según los beneficios específicos descritos en el plan.

Farmacia de especialidades: tipo de farmacia que coordina la entrega de medicamentos y ofrece servicios de apoyo para medicamentos que tratan afecciones complejas.

Formulario de medicamentos: lista de medicamentos recetados que están cubiertos por un plan médico.

Fundación independiente de asistencia económica: institución benéfica que ofrece asistencia económica con los gastos de atención médica (como los copagos, primas de seguro y otros gastos relacionados) a pacientes elegibles afectados por enfermedades específicas.

Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO): tipo de plan médico que exige que su médico de cabecera coordine su atención a través de una red de proveedores.

Organización de proveedores exclusivos (Exclusive Provider Organization, EPO): tipo de plan médico que combina la flexibilidad de un plan PPO con los ahorros de costos de un HMO. Aunque ofrece una red reducida de proveedores, no hace falta conseguir un referido para ver a un especialista.

Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): plan médico que hace contratos con médicos y hospitales para crear una red de proveedores. Está permitido acudir a proveedores fuera de la red, pero se paga menos al recibir servicios de proveedores participantes.

Pago por servicios prestados: método mediante el cual el proveedor de atención médica recibe pagos por cada servicio que preste; por ejemplo, una cita en el consultorio o una radiografía.

Período de inscripciones abiertas: período establecido (anual o bianual) en el que es posible inscribirse en un nuevo plan médico o hacer modificaciones al plan actual.

Período especial de inscripción: plazo fuera del período de inscripciones abiertas en el que se permite inscribirse o cambiar el plan médico a causa de circunstancias inusuales o un evento de vida que reúna ciertas condiciones. Por lo general se dispone de hasta 60 días después del evento para inscribirse en un plan.

Plan médico con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP): tipo de plan médico que suele tener primas menores, pero mayores costos deducibles de bolsillo.

Prima: cantidad que usted o su empleador pagan (a menudo en cuotas mensuales o trimestrales) por la cobertura del plan médico.

Proveedor dentro de la red: proveedor de atención médica que ha hecho un contrato con el plan médico para prestar servicios a tarifas específicas.

Proveedor fuera de la red: proveedor de atención médica que no ha hecho un contrato con el plan médico. Generalmente, el plan paga menos los servicios recibidos por proveedores que estén fuera de la red.

Reclamación: solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presenta a su plan médico después de recibir un servicio médico. La atención o los servicios que usted reciba deben estar cubiertos por su plan para que puedan ser pagados.

Reembolso: sistema empleado por un plan médico para pagar los servicios de los proveedores de atención médica (incluidas las farmacias).

¿Qué viene después?

Llame a BioMarin RareConnections™ al 1-866-906-6100

Ofrecemos servicios de apoyo con los productos a lo largo de todo el proceso de tratamiento. Su coordinador de casos puede:

- Trabajar con usted para identificar y confirmar la cobertura de su plan médico
- Ayudarlo a entender la cobertura de su plan y obtener acceso al tratamiento
- Ofrecer información sobre opciones de asistencia económica
- Interactuar directamente con una farmacia especializada para coordinar la entrega y/o la administración de productos de BioMarin para su tratamiento

Conéctese con grupos de defensoría

Algunos grupos o los siguientes trabajan en nombre de personas con intereses médicos comunes a través de investigaciones, apoyo, instrucción y más.

- Genes Globales (*Global Genes*): globalgenes.org
- Organización Nacional para Enfermedades Raras (*National Organization for Rare Disorders, NORD*): rarediseases.org
- Alianza Nacional de Fenilcetonuria (*National PKU Alliance*): npkua.org
- Sociedad Nacional de Mucopolisacaridosis (*National MPS Society*): mpssociety.org
- Asociación de Apoyo e Investigaciones sobre la Enfermedad de Batten (*Batten Disease Support and Research Association, BDSRA*): bdsra.org

Familiarícese más a fondo con sus opciones de planes médicos

- Mercado de seguros médicos: healthcare.gov
- Medicare: medicare.gov
- Medicaid: medicaid.gov
- Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*): medicaid.gov/chip
- Exenciones de Medicaid: kidswaivers.org



Los coordinadores de casos de BioMarin RareConnections™ están a su disposición para ayudarlo. Es importante que se mantenga en comunicación: conteste sus llamadas y correos electrónicos.