



## Consejos Para Reembolso del Seguro - EEUU

Carta del Doctor Para Necesidad Médica / Carta del Paciente a la Compañía de Seguro

Frecuentemente es posible recibir cobertura parcial o total del seguro para un equipo de fototerapia UVB médicamente prescrito para el hogar, pero esto puede tomar algún esfuerzo y persistencia. Primero verifique si el plan de beneficios de cobertura de su seguro es incluye "Equipos Médicos Durables (DME por sus siglas en Inglés)", y determine el procedimiento exacto para hacer la aplicación. Visite el sitio web de su compañía de seguro o llámelos si es necesario.

Ellos querrán saber el "Código de Procedimiento" genérico CPT/HCPCS, en esta forma:

Para **más de un** equipo Expandible **Serie-E E720 de 6 pies**, el código es **E0694**, "sistema de terapia de luz UV **multidireccional** en gabinete de 6 pies, incluye lámparas, temporizador y protección para los ojos", sujeto a verificación con su compañía de seguro. (En inglés: , "UV **multidireccional** light therapy system in 6 foot cabinet, includes bulbs/lamps, timer and eye protection")

Para **un solo equipo** Expandible **Serie-E de 6 pies E720** o el panel **Serie 1000 de 6 pies para cuerpo completo** el código es **E0693** "panel sistema de terapia de luz UV, incluye lámparas, temporizador y protección para los ojos. (En Inglés: "UV light therapy system panel, includes bulbs/lamps, timer, and eye protection; 6 foot panel.")

Para el **equipo Serie 500 para Manos/Pies/Áreas** y **los modelos De-Mano Series 100**, el código es **E0691** "panel sistema de terapia de luz UV, incluye lámparas, temporizador y protección para los ojos; el tratamiento son 2 pies cuadrados o menos." (En inglés: UV light therapy system panel, includes bulbs/lamps, timer, and eye protection; treatment are 2 square feet or less.")

Si su compañía de seguro típicamente no cubre "Equipos Médicos Durables" o si requiere una "pre-autorización", puede ser necesario que usted proporcione a su médico una copia de la siguiente "Carta del Doctor para Necesidad Médica" (otra vez) y pregúntele si tiene tiempo para crear una versión de modelo personalizada, o simplemente completar los espacios en blanco. Puede haber un costo para esto. El Centro de Descargas del sitio web tiene un modelo editable en MS-Word (.doc) que usted puede suministrarle en un disco para su conveniencia. Usted puede solicitar esto al momento de obtener su prescripción. También le pueden requerir a usted someter sus registros médicos y reclamos anteriores del seguro; también disponibles en el consultorio de su médico. Una vez que este trabajo esté completo, hay dos maneras de proceder:

### 1) Hacer un reclamo directamente a la compañía de seguro.

Esta es la manera más simple, pero requerirá que usted pague el producto por anticipado, luego ser reembolsado por su compañía de seguro. Como no hay intermediarios, esto asegurará un costo del producto lo más bajo posible para su compañía de seguro y minimiza el deducible que usted tendrá que pagar. Usted puede optar por complementar su reclamo con una carga a su compañía de seguro usando la "Carta del Paciente a la Compañía de Seguro de aquí abajo. (También disponible en formato MS-Word en el "Centro de Descargas" del sitio web). Esta es su oportunidad de construir un "caso de negocio" para adquirir el producto. En otras palabras, basado en sus usos de medicamentos y otros costos, ¿Se pagará por sí solo el equipo? Si usted necesita una "Factura Proforma", por favor contacte a Solarc Systems y le enviaremos una rápidamente por fax o correo electrónico. Una vez que su reclamo esté aprobado, usted recibirá una carta de autorización de su compañía de seguro. Entonces someta su orden a Solarc usando nuestro formulario estándar para ordenar. El producto será enviado directamente a su hogar e incluye una copia de factura firmada y fechada que usted puede usar como prueba de compra. Complete su reclamo sometiendo la factura a su compañía de seguro para reembolso. Conserve una copia de la factura para sus propios registros.

### 2) Ir a un suplidor local de "Equipos Médicos para el Hogar" (HME por sus siglas en inglés).

Esta es una compañía que negocia equipos como sillas de ruedas, oxígeno para el hogar, e incluso pudiera ser una farmacia que usted utilice actualmente. El HME puede negociar directamente con su compañía de seguro, y eliminar la necesidad de que usted pague anticipadamente por el producto. El HME colecta de la compañía de seguro, y a su turno compra el producto en Solarc. Solarc luego normalmente le "entrega" el producto directamente a su hogar, pero en algunos casos es el HME quien le hace la entrega. Solarc tradicionalmente compensa al HME proporcionándole un descuento del precio estándar. Sin embargo, el HME puede también substancialmente incrementar más el precio a su compañía de seguro, lo cual podría resultar en un deducible mucho más alto. El deducible y cualquier otra cantidad son normalmente pagables al HME antes de que el producto le sea enviado. El HME necesitará la información siguiente:

Nombre legal del paciente incluyendo la inicial del medio  
Fecha de nacimiento del paciente  
Nombre de la compañía de seguro  
Dirección y número telefónico de la compañía de seguro  
Sitio web de la compañía, si es conocido  
Número de identificación del miembro  
Numero de grupo/red  
Nombre o número de ID de empleado o ID#  
Nombre del primer asegurado. (Esto es cuando alguien es cubierto por una esposa o padre)

Fecha de nacimiento del primer asegurado  
Dirección del asegurado primario si es diferente  
Nombre del Primer médico de cabecera (PCP en inglés)  
(Muchas veces es diferente del médico que prescribe y muchas veces es necesario colocar una referencia) Número de teléfono del Médico Primario (PCP en inglés)  
Producto de Solarc & Información de contacto (utilice el "Paquete de Información Estándar" de Solarc)  
Los códigos CPT / HCPCS "Procedure Code" están listados arriba. (E0694, E0693 o E0691)

Continúa...

Consejos para el seguro EEUU Rev6.0



## Carta del Doctor de Necesidad Médica para Equipo de Fototerapia UVB en el Hogar

Modelo solamente – Modifique conforme a las circunstancias personales del paciente. Modelo disponible en MS-Word en SolarcSystems.com y también disponible en inglés en el "Download Center" del sitio-web en inglés de Solarc.

Carta Membrete del Médico / Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A quien pueda interesar,

Mi paciente, \_\_\_\_\_, ha estado bajo mi cuidado por \_\_\_\_\_ años para el tratamiento de \_\_\_\_\_. La adquisición de un equipo de fototerapia UVB en el hogar del paciente ha sido prescrita por mí, y ha sido considerada ser una necesidad médica debido a que:

- El tratamiento del paciente en la clínica de fototerapia más cercana requiere trayectos ida y vuelta de \_\_\_\_\_ hora(s), \_\_\_\_\_ veces por semana. Las horas de operaciones de la clínica y el horario de trabajo del paciente hacen esto una alternativa no práctica, y como resultado el paciente ha tenido que parar sus tratamientos. Mi pronóstico es que el paciente necesitará fototerapia ultravioleta por muchos años a venir, justificando así la compra de un equipo de fototerapia UVB para uso en el hogar.
- El uso de un equipo de fototerapia UVB en el hogar eliminaría la necesidad de que el paciente deje su trabajo para visitar la clínica de fototerapia. El horario de tratamiento del paciente exige \_\_\_\_\_ visitas por semana, tomando en cada una \_\_\_\_\_ horas para el viaje ida y vuelta. Esto ha creado problemas para el empleador del paciente que pudieran ser eliminados con el uso de un equipo de fototerapia UVB en el hogar.
- Porque el hogar del paciente está a \_\_\_\_\_ millas/kilómetros de la clínica de fototerapia más cercana, y el paciente requiere \_\_\_\_\_ tratamientos por semana, la fototerapia institucional no es una opción práctica. Un equipo de fototerapia UVB en el hogar es la única manera de que el paciente pueda cumplir con mi prescripción de fototerapia UVB.
- La severidad de condición de piel de mi paciente me ha causado prescribirle tratamientos de fototerapia UVB \_\_\_\_\_ veces por semana. Como la clínica está cerrada \_\_\_\_\_, esto no es posible a menos que el paciente obtenga un equipo de fototerapia UVB en el hogar.

El equipo de fototerapia UVB para el hogar se vende solo por prescripción médica y está clasificado como Equipo Médico Clase-2 por la FDA de EEUU y Health Canada. No es un equipo de broncear. (los bronceadores usan luz UVA.).

Por favor considere cuidadosamente este requerimiento del paciente para cobertura de este equipo con el seguro de salud. A mi conocimiento, actualmente no hay ningún programa de gobierno que proporcione esa asistencia.

Sinceramente, Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

**Carta del Paciente a la Compañía de Seguro para Equipo de Fototerapia UVB para el Hogar.**

Ejemplo solamente – Modifique para ajustar a sus circunstancias personales. Formato disponible en MS-Word en SolarcSystems.com

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Información de Contacto del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

A: Recursos Humanos/Nombre de la Compañía y Persona de Contacto de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Yo he sufrido de \_\_\_\_\_ por más de \_\_\_\_\_ años. En ese tiempo, Yo he tratado la mayoría de drogas prescritas para controlar la enfermedad, todas con resultados mediocres.

Por mucho, el tratamiento más exitoso que he encontrado hasta la fecha es la "fototerapia UVB prescrita por el médico especial. La luz UVB es un componente natural del espectro del sol y ha médicamente comprobado ser un tratamiento muy efectivo para

\_\_\_\_\_.

El propósito de esta carta es requerir la cobertura del seguro de salud para comprar un equipo de fototerapia UVB diseñado específicamente para el uso en mi hogar, prescrito por el médico. Creo que es necesario para mi adquirir este equipo por las siguientes razones:

- Mi tratamiento en la clínica de fototerapia más cercana requiere un viaje ida y vuelta de \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ veces por semana. Las horas de operación de la clínica y mi horario de trabajo hacen de esto una alternativa no práctica, y tuve que parar el tratamiento como resultado. Se espera que yo requiera fototerapia por muchos años a venir, justificando más el uso de un equipo de fototerapia UVB en el hogar.
- El uso de un equipo de fototerapia UVB en el hogar eliminaría la necesidad de dejar de trabajar para visitar la clínica de fototerapia. El horario de mi tratamiento exige \_\_\_\_\_ visitas por semana, cada una tomando \_\_\_\_\_ horas de ida y vuelta. Esto ha creado problemas con mi empleador que podrían ser eliminados por mi uso de un equipo casero de fototerapia UVB.
- Como mi hogar esta a \_\_\_\_\_ millas/kilómetros de la clínica de fototerapia más cercana, y requiero \_\_\_\_\_ tratamientos por semana, la fototerapia institucional no es una opción práctica. Un equipo casero de fototerapia UVB es la única forma en que puedo cumplir con la prescripción de mi doctor para fototerapia UVB.
- La severidad de mi condición de piel ha causado que mi doctor prescriba tratamientos con fototerapia \_\_\_\_\_ veces por semana. Como la clínica de fototerapia está cerrada \_\_\_\_\_, esto no es posible a menos que yo use un equipo casero de fototerapia en mi hogar.
- El uso de un equipo casero de fototerapia UVB muchas veces resulta en una reducción sustancial en el uso de medicamentos caros. Estimo que he estado usando aproximadamente \$ \_\_\_\_\_ por año en el (los) medicamento (s) \_\_\_\_\_, relacionados directamente al tratamiento de mi enfermedad de piel.

Favor de encontrar adjunta la información de un suplidor calificado par este equipo. Esta información también puede ser encontrada en internet en [www.SolarcSystems.com](http://www.SolarcSystems.com) . El equipo es vendido sólo bajo prescripción de un médico y está clasificado como Equipo Médico Clase-2 por la FDA de EEUU y Health Canada. No es un equipo para broncear (Los equipos para broncear usan luz UVA).

Entiendo que muchas compañías de seguro cubrirán el costo de un equipo de fototerapia UVB y solicito que mi aplicación sea cuidadosamente tomada en consideración. Actualmente no hay programas del gobierno que proporcionarán esta asistencia.

Sinceramente, Firma del Paciente: \_\_\_\_\_