

Día a Día



Entienda qué Cubre su Seguro de Salud

Es importante contar con un buen seguro de salud, pero no es fácil comprender o escoger un seguro de salud. Este folleto le brinda información y indica las preguntas que usted debe hacer con respecto a su seguro de salud.

Revise su Póliza de Seguro de Salud

*Plan de seguros de salud**
cambian de un año al otro.

Cada año estudie cuidadosamente y familiarícese con las secciones de su póliza de salud que son importantes para la atención de la fibrosis quística (FQ). Puede ser útil marcar las secciones de la póliza que son clave para la atención de la FQ, como like **atención de la salud en el hogar** y **cobertura para medicamentos con receta médica**. No asuma que las coberturas para sus medicamentos con receta médica y la atención de la salud serán iguales año tras año. Llame a su compañía aseguradora para que le conteste sus preguntas y para averiguar más información.

**Las definiciones de las palabras que aparecen en negrita e itálica se encuentran al final del folleto.*



Si usted o su hijo/a recientemente haya sido diagnosticado con FQ, esté por casarse va a cambiar de trabajo o es el momento para la **reinscripción anual** en el trabajo, tómese el tiempo necesario para averiguar cuáles servicios cubre su seguro de salud para la atención de la FQ, así como para otras enfermedades que

tengan usted y su familia.

Si puede elegir entre dos o más pólizas de seguros de salud, revíselas cuidadosamente. Compare los beneficios para descubrir cuál es la mejor. Cuando hay que decidir entre dos pólizas de seguro, averigüe si usted puede escoger su médico u hospital y cuánto debe pagar para las / citas con médicos, visitas a la clínica y las recetas médicas. También es importante verificar la cobertura de los hijos dependientes mayores de 18 años, los trasplantes y cualquier **exclusión** de la cobertura.

Aunque no existe un seguro que pueda decirse es “el mejor,” algunos son



Revise su Póliza de Seguro de Salud

- Solicite a la oficina de beneficios para empleados o su compañía aseguradora una copia de la descripción de su póliza de seguro de salud.
- Lea cuidadosamente la póliza y marque las secciones que son importantes para la atención de la FQ, como la atención de la salud en el hogar y la cobertura para medicamentos con receta médica.
- Revise la cobertura para otras enfermedades crónicas.

mejores que otros para usted y su familia. Hay diferencias entre los seguros, tanto con respecto a cuánto tiene que pagar como cuán fácil es obtener los servicios que usted necesita. Aunque pocas pólizas de seguro cubrirán todos los costos de la atención de la salud, algunas cubrirán más costos que otras. También es útil saber que no necesariamente es mejor escoger la póliza de seguro de salud que tenga la menor *prima* mensual. Algunas veces, estas pólizas pagan menos para los medicamentos con receta médica y por la atención de la salud y pueden costarle más dinero a final de cuentas.

Las Seis "C" de los Seguros pueden ayudarle a entender más sobre su seguro. También pueden ayudarle a tomar una decisión si tiene que elegir entre dos o más pólizas de seguro.

Las Seis C de los Seguros

1. Cobertura: ¿Los servicios cubiertos son los que usted necesita? ¿Le brindará el seguro los medicamentos y el equipo que necesita? ¿Hay exclusiones?

2. Copagos: Son pocas las pólizas de salud que cubren todos los gastos. Lo que usted paga de su bolsillo se llama *copagos* y *deducibles*. Es importante averiguar cuáles son estos pagos para la atención de la FQ. ¿Su clínica para la atención de la FQ está incluido en la *red del plan*? Si su clínica para la atención



Las 6 C de los Seguros

1. Cobertura
2. Copagos
3. Cobro de Gastos
4. Condiciones que Afectan el Pago
5. Cantidad Límite (Tope) de los Beneficios
6. Costos de las Primas del Seguro

Entendiendo Copagos

Ejemplo: Puede tener un copago de \$10 para un medicamento con receta médica genérico y \$50 para un medicamento con receta médica de marca. La diferencia en copagos se debe al hecho que medicamentos genéricos cuestan menos que medicamentos de marca. Averigüe si medicamentos de marca, como TOBI® o las enzimas pancreáticas, están cubiertos.

de la FQ no está incluido en la red de atención, averigüe el pago anual del deducible y cualquier pago adicional usted debe pagar sobre su copago normal, para poder asistir a su clínica para FQ. ¿Qué pagará su póliza de seguro después de que usted cubra el deducible? Además, averigüe cuál es su copago para los medicamentos con receta médica. Con algunos seguros, usted primero paga por el costo del medicamento, y luego presenta la documentación ante la compañía de seguros para que le reembolse el costo del medicamento. Con otros seguros, usted paga un porcentaje del costo de las medicinas. Podría ser que usted no tenga la capacidad económica para pagar los medicamentos con estos planes. (Véase el Cuadro 1.) Por lo general, el copago para un medicamento genérico es menor que el copago para un medicamento de marca. Usted debe averiguar cuáles medicamentos

de marca están cubiertos por su seguro y cuál es el monto de su copago para estos medicamentos.

3. Cobro de Gastos: Averigüe qué debe hacer usted para que la compañía de seguros pague el costo de la atención médica. Algunos seguros no pagan la cuenta hasta después de que usted llene un formulario. Otros seguros requieren que usted pague la cuenta y luego llene un formulario, con lo que la compañía

CUADRO 1. CÓMO COMPARAR LOS SEGUROS DE SALUD

	SEGURO A	SEGURO B
Copago Fijo vs. Copago por Porcentaje	Copago Fijo Usted paga... <ul style="list-style-type: none"> • \$30 por el medicamento de marca • \$15 por el medicamento genérico 	Copago por Porcentaje Usted paga... <ul style="list-style-type: none"> • 50% del precio del medicamento de marca • 10% del precio del medicamento genérico
Deducible Bajo vs. Deducible Alto	Deducible Bajo Usted paga... <ul style="list-style-type: none"> • \$500/año de deducible • Los copagos por medicamentos, visitas al médico, etc., no se aplican al deducible 	Deducible Alto Usted paga... <ul style="list-style-type: none"> • \$3.000/año de deducible • Los copagos por medicamentos, visitas al médico, etc., sí se aplican al deducible
Cobertura de Servicios	Centro de atención de la FQ (en la red) Usted paga... <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$15 por cada visita 	Centro de atención de la FQ (fuera de la red) Usted... <ul style="list-style-type: none"> • Paga por cada visita • Se le reembolsa el 50% de sus gastos directos para cada visita

de seguros le reembolsa los gastos pagados.

4. Condiciones que Afectan el Pago:

¿Debe llamar usted a la compañía de seguros para obtener **autorización previa** antes de obtener ciertos medicamentos con receta médica, exámenes o antes de ingresar al hospital? Verifique si la compañía de seguros de salud tiene un plazo fijo para presentar la solicitud de pago o la documentación *después* de que se haya recibido los servicios. Algunas compañías de seguros no pagarán los servicios si no se ha presentado la solicitud de pago dentro de un cierto plazo, como 90 días o seis meses. Verifique la cobertura de seguro para las **condiciones preexistentes**.

¿Considera su plan de seguro que la FQ es una condición preexistente?

5. Cantidad Límite (Tope) de los

Beneficios: Muchos planes de seguros de salud tienen límites para la cantidad de dinero que se pagará por equipo médico, terapia física o medicamentos

con receta médica. Debido a que la FQ requiere atención costosa de la salud durante toda la vida, verifique si su plan de seguro tiene alguna **cantidad límite o tope** anual o vitalicio (por toda la vida) sobre los beneficios que la compañía pagará.

6. Costo de las Primas del Seguro:

Tenga cuidado cuando cambia a un seguro que tiene una prima más baja. Podría ser que el seguro tenga copagos y deducibles más altos. A largo plazo, usted podría terminar pagando mucho más de su propio bolsillo. Por ejemplo, un seguro con una prima más baja podría pagar solo el 50 por ciento de sus medicamentos con receta médica. Piense cuánto le costaría si tuviera que pagar la mitad del costo total de sus medicamentos con receta médica durante un mes. Podría ser que sea mejor pagar una prima mensual un poco más alto para un seguro que le pague el 80-100 por ciento de sus costos por medicamentos con receta médica

y/o uno que requiera un copago bajo.

Leyes Sobre la Cobertura de los Seguros de Salud

Hay leyes federales y estatales que afectan la cobertura de los seguros de salud. La ley conocida como **COBRA**

(*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, como se dice en inglés*) es una ley federal que puede ayudarle a mantener su **seguro grupal de salud**. Todos empleadores con 20 empleados o más tienen que ofrecer COBRA. Esta ley le permite prolongar su seguro grupal de salud cuando cambia de trabajo, si se divorcia, cuando su hijo cumple 18 años o cuando ocurren otros eventos en la vida. La cobertura puede extenderse hasta por tres años, dependiendo de la razón para la extensión de la cobertura. Por ejemplo, le ayuda mantener seguro de salud 29 meses después de la aprobación y mientras espera que empiece el Seguro por Incapacidad de la Seguridad Social (*Social Security Disability Insurance, como se dice en inglés*) y Medicare. Esta ley le ayuda a mantener su seguro durante estos eventos de la vida, pero usted tendrá que pagar todas las primas. El equipo de su centro de atención de la FQ le podrá informar cuándo COBRA puede ayudarle y por cuánto tiempo puede estar cubierto.



Continuación de Cobertura

Estados que NO tienen una ley que requiere la continuación de la cobertura del seguro de salud para los niños incapacitados y dependientes:

- Alabama
- Alaska
- District of Columbia
- Kansas
- Maine
- Oklahoma
- Oregon

Sepa Cuáles son sus Derechos

Ejemplo: Usted tiene 10 meses de cobertura bajo un plan grupal de seguro de salud. Luego, usted cambia de trabajo y obtiene un seguro inmediatamente. Debido a HIPAA, su nuevo plan le dará crédito para 10 meses de cobertura—cobertura acreditable—bajo el plan anterior. Ahora, su plan nuevo solo puede rechazar el pago de dos meses de gastos relacionados con la FQ, en vez de 12 meses.

Si su hijo llega a los 18 años de edad y no está estudiando a tiempo completo, podría ser que su plan de seguro de salud no cubra más a su hijo. COBRA puede ayudar a mantener la cobertura hasta por tres años, cuando empiece su propio seguro de salud. La mayoría de los estados tienen leyes que, requieren que el seguro de salud continúe la cobertura para los hijos que llegan a los 18 años, cuando estos no pueden mantenerse por razón de alguna condición física o mental. Esta cobertura ampliada continúa hasta que ellos puedan mantenerse a sí mismos.

Usted tendrá que pagar las primas. Puede solicitar un formulario Continuation of Coverage (*Continuation of Coverage, como se dice en inglés*) de su compañía de seguro de salud. El/la trabajador/a social de su centro de atención de la FQ puede ayudarle a llenar este formulario. Algunos hijos no pueden mantenerse por sí mismos cuando llegan a los 18 años. Podría ser mejor obtener el seguro por medio de un programa estatal. Su centro de atención de la FQ puede ayudarle a averiguar más sobre los programas en su estado.

La ley conocida como **HIPAA** (*Health Insurance Portability and Accountability Act, como se dice en inglés*) ayuda a las personas que tienen un seguro grupal de salud. El seguro grupal puede rechazar el

pago de los gastos relacionados con la FQ durante los primeros 12 meses del seguro si la FQ está incluida como una condición preexistente. Bajo HIPAA, usted puede obtener crédito para la cantidad de tiempo que estaba asegurado/a bajo otro plan de seguro de salud. Esto se llama **cobertura acreditable**.

Si han pasado más de 63 días sin cobertura, entonces su seguro grupal puede rechazar el pago por cualquier condición preexistente. Esta es una de las razones por las cuales es importante siempre tener un seguro, especialmente cuando cambia de trabajo o durante un evento de la vida.

Recuerde que por medio de su empleador, COBRA puede ayudarle a evitar un lapso de cobertura de su seguro mayor de 63 días, hasta que obtenga un nuevo trabajo u otro seguro de salud. Su centro de atención de la FQ tiene más información sobre COBRA, HIPAA, los programas estatales y cómo mantener su seguro.

Actúe

Es probable que usted tenga algunas cuentas médicas que su seguro no pagará al principio. Esto se llama **rechazo de cobertura**. Cuando esto sucede, usted puede **apelar** la decisión. Llame a su compañía de seguros y averigüe porque hubo un rechazo de cobertura. Además, pregunte qué debe hacer para apelar la decisión. Su equipo del centro de atención de la FQ le puede ayudar.

Hay muchas cosas que usted puede hacer antes de apelar un rechazo de cobertura. Es útil estar organizado.



Actúe

- Sea organizado
- Mantenga sus formularios y facturas en un solo lugar
- Marque las secciones de su plan que se relacionan con la fibrosis quística
- Revise bien las facturas médicas
- Anote las visitas médicas, los tratamientos y las medicinas
- Lleve un registro de las conversaciones con la compañía de seguros
- Trabaje con una persona asignada a su caso

Tenga un archivo con sus documentos de seguro que muestran los pagos y compárelos con las cuentas médicas. Recuerde copiar y anotar la fecha de cualquier documento que usted envíe a su compañía de seguros. Entienda su seguro, marcando las secciones que son aplicables a la FQ. Revise sus cuentas médicas y anote sus visitas clínicas, sus medicamentos con receta médica y el resultado de sus tratamientos. Tome apuntes cuando conversa con su compañía de seguros. Anote la fecha, la hora, el nombre completo de la persona con quien habló y qué acordaron. Solicítele a la persona con quien habló que le envíe por escrito lo que acordaron, sea por correo o por

correo electrónico. Todo esto le puede ayudar si tiene que apelar un rechazo de cobertura.

También puede ayudarle si le solicita a su compañía de seguros que le asigne un/a **encargado/a del caso**, para que le ayude. Un/a encargado/a del caso puede actuar como su representante en la compañía de seguros. Podría ser necesario informar a su encargado/a del caso sobre la FQ y las necesidades de atención de la salud que tiene usted o su hijo. El/la encargado/a del caso y usted pueden convertirse en un equipo para lograr cubrir los costos de su atención de la salud.

El Formulario de Medicamentos

Un **formulario de medicamentos** es una lista de medicamentos con receta médica que su seguro desea que usted use. Estas

pueden dispensarse por medio de ciertas farmacias. El seguro de salud revisa y cambia esta lista con regularidad. Las compañías de seguros usan los formularios de medicamentos para ayudar a manejar los costos de los medicamentos y mejorar la calidad de atención. A continuación se presenta una lista de los distintos tipos de formularios.

1. Formularios abiertos o “voluntarios.”

Estos son listas sencillas de medicamentos con receta médica que la compañía de seguros desea que los **proveedores de salud** receten. Su médico puede recetar cualquier medicamento y la compañía cubrirá la receta. Un formulario abierto paga por los medicamentos del formulario y los que no están en el formulario.

2. Formularios cerrados. En un formulario cerrado, la compañía de seguros escoge una cantidad limitada de medicamentos con receta médica que cubrirá y los anota como medicamentos del formulario. Los medicamentos que no están en esta lista se consideran como medicamentos fuera del formulario y no están cubiertos. Si usted necesita un medicamento fuera de formulario, su médico tendrá que lograr una aprobación de la compañía de seguros. Esto se conoce como un

Primas vs. Copagos

Sume el costo de su prima mensual más sus copagos usuales. Pregúntese si es mejor pagar una prima mensual más alta y pagar menos por los medicamentos y las visitas al médico que pagar una prima mensual más baja y pagar copagos más altos.

proceso de excepción.

Estos formularios no son comunes, pero existen.

3. Formularios con niveles o “preferidos.”

(Véase el Cuadro 2.). Cubren todos los medicamentos con receta médica, pero hay tres o más niveles diferentes de copagos. Por ejemplo, un medicamento genérico podría tener un copago de \$5,

mientras que un medicamento de marca “preferida” podría tener un copago de \$20 y un medicamento de marca “no preferida” podría tener un copago de \$35.

En resumen, el seguro de salud es importante para todos. El tipo de cobertura que usted requiere cambia con cada evento de la vida. Repase las seis “C” de los seguros una vez al año y si cambia de trabajo, se divorcia o cuando su hijo llega a la edad adulta. Actúe y organice sus formularios de seguros y sus cuentas. No se conforme con un “no” si le niegan la cobertura de algún costo de la atención de la salud. Recuerde que usted puede apelar un rechazo de cobertura. El conocer su seguro de salud, puede ayudarle a obtener y mantener la mejor cobertura para usted y su familia.

GLOSARIO

Apelar: Cuando usted le solicita a su compañía de seguros que revise la decisión de no pagar por un medicamento o un servicio médico.

Atención de la salud en el hogar: Una agencia u organización que visita el hogar del paciente para

CUADRO 2. FORMULARIOS CON NIVELES O PREFERIDOS

	Clasificación	Designación del Formulario	Copago en Dólares	Copago por Porcentaje*
Nivel 1	Medicamentos Genéricos	Genérico	\$5 - \$20	10 - 20%
Nivel 2	Algunos Medicamentos de Marca	Marca Preferida	\$20 - \$50	44 - 50%
Nivel 3	Todos los Demás Medicamentos de Marca	Marca No Preferida	\$35 - \$75	20 - 50%

*si aplica

brindar algunos servicios, como la administración de tratamientos intravenosos.

Autorización previa: La aprobación de la compañía de seguros de salud antes de que pague ciertos servicios o medicamentos.

Cantidad límite (o tope) del beneficio: El límite del total de dinero que pagará un seguro. El límite puede ser por un año vitalicio (por toda la vida).

Cobertura acreditable: Bajo HIPAA, esto reduce la cantidad de tiempo que su seguro grupal de salud puede limitar la cobertura por razón de condición preexistente. Usted obtiene el crédito por cada mes que haya tenido cobertura bajo otro plan de seguro de salud, siempre que no hayan pasado más de 63 días sin seguro de salud.

Cobertura para medicamentos con receta médica: Define el tipo de cobertura para los medicamentos con receta médica. Por ejemplo, especificará el copago, los límites de la cobertura y el tipo de formulario usado.

COBRA: Una ley federal (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, como se dice en inglés*) que extiende el seguro grupal de salud por cierto tiempo durante un evento de la vida, como dejar el trabajo, divorciarse o que un hijo llegue a la edad adulta (18 años). Usted paga todas las primas mensuales. Los empleadores con 20 empleados o más deben ofrecer un seguro ampliado de salud, por medio de COBRA.

Condición preexistente: Cualquier condición médica que se haya diagnosticado o tratado dentro de un período definido de tiempo, antes de que usted empiece su nuevo seguro de salud. Podría ser necesario un período de espera. Algunos seguros podrían no pagar por el tratamiento de una condición preexistente. Con el seguro grupal, el período de espera puede ser de hasta 12 meses. La cobertura acreditable puede acortar o eliminar el período de espera.

Copago: Consiste de un arreglo para compartir los costos, cuando usted paga un cargo específico por un servicio específico, como \$10 por una visita al médico. Por lo general, usted es responsable del pago al momento de la atención o cuando obtiene un medicamento con receta médica. Los copagos típicos son cantidades fijas por visitas al médico, los medicamentos o los servicios hospitalarios. Algunas veces, son un porcentaje del costo del medicamento o el servicio.

Deducible: Cantidad anual de dinero que usted debe pagar antes de que el seguro pague sus costos de atención de la salud. Puede ser que esto se aplica a la cantidad total que paga su familia.

Encargado/a del caso: Con frecuencia, la compañía de seguros o un hospital contrata a enfermeras profesionales para que decidan cuáles son las mejores opciones de tratamiento disponibles. Pueden ayudar a los pacientes a obtener sus tratamientos. Podría ser necesario que usted le brinde más información sobre la FQ.

Exclusión: Un servicio o producto que el seguro no paga. Algunas exclusiones típicas son la cirugía cosmética, los medicamentos para ayudar a dejar de fumar o los medicamentos que se compran sin receta médica.

Formulario de medicamentos: Una lista de medicamentos que el plan de seguro de salud prefiere que el médico use. En algunos casos, el médico solo puede recetar los medicamentos de esta lista, salvo que se obtenga una excepción.

HIPAA: Una ley federal (*Health Insurance Portability and Accountability Act, como se dice en inglés*) que le ayuda a mantener el seguro cuando cambia de planes de seguro grupal de salud, si tiene una condición preexistente.

Plan de seguro de salud: Una compañía de seguros, una organización de atención de la salud (HMO) u otra compañía que paga por la atención de la salud, como las visitas al médico y los medicamentos con receta médica, para las personas incluidas en el plan.

Prima: La cantidad de dinero que usted debe pagar, por lo general en forma mensual, a su empleador o a la compañía de seguros, para obtener la cobertura del seguro de salud.

Proceso de excepción: Un proceso mediante el cual el médico obtiene una carta de su compañía de seguros, que afirma que cubrirán ciertos medicamentos o servicios específicos. Por lo general se requiere una autorización para obtener la cobertura para un medicamento con receta médica que no está en el formulario. Podría ser necesario que su médico llame o escriba a la compañía de seguros, solicitando la autorización y explicando por qué se requiere.

Proveedor: Alguien que brinda servicios de atención de la salud a un paciente. Algunos ejemplos de un “proveedor” pueden ser profesionales en medicina, enfermería, farmacia o nutrición.

Rechazo de cobertura: Cuando un seguro no paga una cuenta médica, está “rechazándole la cobertura.” El rechazo de cobertura puede apelarse. Llame a su compañía de seguros para averiguar cómo puede apelar.

Red del plan: Una lista de proveedores que tienen un acuerdo con un plan de seguro de salud, para brindar servicios a los pacientes cubiertos por ese seguro. Las redes pueden incluir a médicos, farmacias y hospitales.

Reinscripción anual: El requisito de elegir un plan de seguro de salud y obtener la cobertura cada año. Dependiendo de su empleador, usted podría tener la opción de seleccionar entre más de un plan de seguro de salud.

Seguro grupal de salud: Un seguro patrocinado por su empleador o por un grupo grande u organización.

Preguntas importantes que debe hacer con respecto a su seguro

- ¿Se necesita una referencia de mi médico regular para cada visita que yo haga a un centro de atención acreditado por la Fundación para la Fibrosis Quística?
- ¿Cubre medicamentos de marca para la FQ, como TOBI®, Pulmozyme® y las enzimas pancreáticas? Si los cubre, ¿cuánto pagará el seguro? ¿Es un monto fijo o un porcentaje del costo del medicamento? Si no los cubre, ¿cuánto será el costo para mí?
- ¿Cuánto me costará este seguro por año?
- ¿Hay alguna condición o servicio que no cubra el seguro?

Recursos

Además del/de la trabajador/a social y el equipo de atención de la FQ, hay muchos recursos que pueden ayudarle a obtener el mejor seguro de salud para usted y su familia.

- Su centro de atención acreditado por la Fundación de FQ tiene un manual titulado: Manual de Amparo: Una Guía Para el Médico Sobre los Derechos Legales de las Personas con Fibrosis Quística (*Advocacy Manual: A Clinician's Guide to the Legal Rights of People With Cystic Fibrosis*, como se dice en inglés).
- CF Services, Inc. (la Farmacia de FQ), subsidiaria de la Fundación de FQ y una farmacia de alcance nacional con servicios de envío al domicilio y servicio al cliente en español. La Farmacia de FQ puede ayudarle a obtener sus medicamentos con receta médica y coordinarán facturación con su compañía de seguros. Llame al teléfono (800) 541-4959 o visite su

sitio www.cfservicespharmacy.com para averiguar más detalles.

- El Instituto de Investigación y Política sobre Atención en Salud, en la Universidad de Georgetown, tiene una Guía para el Consumidor para Obtener y Mantener Seguros de Salud por cada estado (A Consumer Guide for Getting and Keeping Health Insurance, como se dice en inglés). Averigüe más en su sitio Web www.healthinsuranceinfo.net.
- Para obtener más información sobre los programas del gobierno federal y las leyes que afectan los seguros de salud, infórmese en www.firstgov.gov.
- Para comunicarse con el comisionado estatal de seguros, obtenga más información sobre los seguros de salud o sobre cómo presentar una queja, vaya a www.naic.org/consumer.htm.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Fundación de FQ, al teléfono (800) FIGHT CF o envíe un correo electrónico a info@cff.org.

Autoras:

Beth Sufian, J.D.
Sufian & Passamano
Abogados y Asesores Legales
Houston, TX

Leslie Hazle, M.S., R.N., C.P.N.
Directora de Recursos para los
Pacientes
Fundación de Fibrosis Quística
Bethesda, MD

Suzanne R. Pattee, J.D.
Vicepresidenta de Políticas Públicas y
Asuntos de Pacientes
Fundación de Fibrosis Quística
Bethesda, MD

©2002 Cystic Fibrosis Foundation