



Departamento de Asuntos de Veteranos
Centro de Administración de la Salud

CHAMPVA

CHAMPVA

**2004
Libro de
Referencias**





“Cuidad de aquel quien nació
en la batalla, y de su viuda, y
de su huérfano”

Abraham Lincoln

“Lincoln” por Richard Miller, aceite sobre lona
40"X30" [HTTP://WWW.RICHARDMILLER.COM](http://www.richardmiller.com)

Bienvenidos a CHAMPVA

Nosotros somos un programa de beneficios de salud para dependientes y sobrevivientes de ciertos veteranos quienes no son elegibles para recibir beneficios de salud del programa de defensa TRICARE. El centro de administración de salud de los veteranos (CAS) en Denver, Colorado, administra el programa CHAMPVA. Nosotros procesamos aplicaciones, determinamos elegibilidad, autorizamos beneficios médicos y procesamos recibos médicos por servicios. En éste manual, usted encontrara información acerca de estos servicios.

Nosotros lo incitamos a revisar éste manual para familiarizarse con los beneficios. Se han hecho algunos cambios a los beneficios desde que éste manual se publicó en el 2002. Por favor deseche su manual viejo y use éste. Los cambios hechos el año pasado a los beneficios incluyen:

- Elegibilidad de un viudo(a) quien se vuelve a casar despues de la edad de 55 (see página 17).
- Bioregulación por contingencia urinaria (página 35).
- Inmunizaciones adicionales recomendadas por el Centro de Control de Enfermedades (CCE) (página 61).
- Examen genético de cancer de mama y hoz de celula anímica (Página 60).
- Expansion de beneficios para mamografía (página 62).
- Transplante de pancreas (página 64).
- Rehabilitación de enfermedades pulmonares y cardiopulmonares (pagína 38)

Este año hemos incluido una lista de acronimos usados en el manual y ejemplos de formas completadas. Además, incluimos información que usted puede arrancar del manual y llevarsela a su proveedor que describe el programa y sus requerimientos.

Siempre estamos buscando formas de mejorar nuestra comunicación con usted. Sus comentarios sobre éste manual son bienvenidos. Por favor mande sus comentarios a:

VA Health Administration Center
ATTN: CHAMPVA Handbook Comments
PO Box 65020
Denver, CO 80206-9020

Contenido

RECURSOS DE UTILIDAD	1
Guía de la Hoja de Datos de CHAMPVA	8
INSCRIPCIÓN	11
Definiciones	12
Solicitud de Beneficios	12
Elegibilidad	15
Reglas que Afectan la Elegibilidad CHAMPVA.....	15
Hijo	15
Cónyuge	17
Viuda(o)	17
Derecho a Medicare	18
INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	23
Visión General	24
Proveedores de Cuidado de la Salud.....	24
Preautorización	33
Exclusiones Generales	34
Servicios Médicos Generales	35
Cirugía Ambulatoria	40
Servicios Dentales	41
Equipo Médico Durable (EMD)	43
Planificación Familiar y Maternidad	45
Centros Para Enfermos Terminales.....	47
Servicios Para Pacientes Internados	49

Servicios de Salud Mental	50
Cuidado de Salud Mental Para Pacientes Internados.....	51
Cuidados de Salud Mental Para Pacientes Externos.....	52
Programa Psiquiátrico de hospitalización parcial (PHP)	53
Centro de Tratamiento Residencial (RTC)	53
Beneficios Para Problemas de Salud Mental por Abuso de Sustancias Controladas	54
Otros Beneficios de Salud Mental	55
Servicios de Farmacia	57
Cuidado Preventivo de La Salud.....	60
Cuidado en Instituciones de Enfermería Especializada	63
Transplantes	64
INFORMACIÓN SOBRE COSTOS Y PAGOS	67
Visión general.....	68
Sus Costos	68
Deducible Anual	68
Costo Compartido	68
Tope catastrófico	69
Monto Autorizado que Determine CHAMPVA	70
Pago Total	70
Resumen de Costos y Pagos a CHAMPVA	71
Servicios Ambulatorios.....	72
Servicios Dentales	72
Equipo Médico Durable.....	72

Cuidado de la Salud en el Hogar	73
Servicios en Centros Para Enfermos Terminales	73
Servicios Para Pacientes Internados	73
Servicios de Salud Mental	74
Servicios Como Paciente Externo	75
Servicios de Farmacia	75
Cuidado en Instituciones de Enfermería Especializadas	76
Otro Seguro de Salud (OSS)	76
Definiciones	77
Certificación OSS	77
Cobertura CHAMPVA y HMO	77
CHAMPVA y Medicare	78
CHAMPVA y Medicaid	81
CHAMPVA y el Programa Estatal de Compensación a Víctimas de	
Crímenes	81
CHAMPVA y el Seguro de Compensación por Accidentes de	
Trabajo	81
CHAMPVA y el Seguro de Responsabilidad Frente a Terceros	82
Seguro de Salud Complementario	82
Instrucciones Para la Presentación de Reclamos	83
Instrucciones Generales Para la Presentación de Reclamos	83
Reclamos Presentados por el Beneficiario	83
Reclamos Presentados por el Proveedor	84
Reclamos de Farmacia	84

Adónde Enviar los Reclamos por Correo	85
Fechas Límites Para las Presentaciones	85
Cómo Obtener Formas Adicionales Para la Presentación de Reclamos	85
DERECHOS DE RECONSIDERACIÓN Y APELACIÓN	87
Lo que no se Considera Como una Apelación Formal	88
Decisiones Referentes a la Elegibilidad	88
Decisiones Sobre la Autorización, Determinaciones de Beneficios o Pago de Reclamos por Servicios / Suministros Médicos	89
Decisiones Sobre Determinaciones Médicas Respecto a la Salud Mental (Tales como la Necesidad de o la Idoneidad de un Tratamiento Específico)	90
Decisiones Inapelables	91
ACCIONES SOBRE RECLAMOS	93
Explicación de Beneficios (EB)	94
Modelo de EB	95
Ayude a Combatir el Fraude	96
MODELO DE FORMAS	99
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS	115
GLOSARIO DE SIGLAS USADAS EN EL MANUAL	119
ÍNDICE	121



Recursos de Utilidad

SOLICITUDES

¿A qué lugar envío mi solicitud para recibir beneficios CHAMPVA?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA Eligibility
PO Box 469028
Denver, CO 80246-9028

CAMBIO DE DIRECCIÓN

¿Cómo le notifico un cambio de mi dirección o número de teléfono?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA Eligibility
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023

Teléfono: 1-800-733-8387

Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV

FAX: 1-303-331-7804

SERVICIO AL CLIENTE – INFORMACIÓN GENERAL

¿Dónde puedo encontrar información general sobre CHAMPVA, hojas de datos y formas?

Teléfono: 1-800-733-8387

Nuestro menú automatizado se encuentra a disposición las 24 horas del día los 7 días de la semana. Este menú ofrece opciones para obtener solicitudes, formas para la presentación de reclamos y otro material CHAMPVA. Una vez que se familiarice con nuestro servicio automático, por favor trate de usarlo durante las horas fuera del horario de trabajo.

Página Web: WWW.VA.GOV/HAC

Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV

SERVICIO AL CLIENTE – BENEFICIARIO O INFORMACIÓN ESPECÍFICA REFERENTE AL RECLAMO

¿Con quién me puedo contactar para hacerle preguntas sobre mis beneficios y las facturas por servicios médicos?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023

Si desea escribirnos, por favor diga la naturaleza de su consulta, el nombre del beneficiario (si usted no es el beneficiario) el número de tarjeta del miembro de CHAMPVA, y su número de teléfono.

Teléfono: 1-800-733-8387

Proporcionamos asistencia telefónica (llamada gratis) entre las 8:15 a.m. y 7:00 p.m. (Hora del Este), de lunes a viernes (con excepción de feriados) para conversar con un Asesor de Beneficios.

FAX: 1-303-331-7804

Al usar nuestro servicio de FAX de 24 horas, por favor diga la naturaleza de su consulta, el nombre del beneficiario (si usted no es el beneficiario) y el número de tarjeta de miembro de CHAMPVA. Lamentablemente, los mensajes enviados por FAX que sólo piden que se les devuelva la llamada, no serán respondidos.

Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV

Si desea enviarnos un mensaje electrónico, por favor señale la naturaleza de la consulta y el nombre del beneficiario (si no es el beneficiario) en su mensaje de correo electrónico y le responderemos tan pronto como sea posible.

FORMAS

¿Cómo obtengo una Forma de la Solicitud CHAMPVA, la Forma para el Certificado OSS, Formas adicionales para presentar Reclamos CHAMPVA o Formas de Registro para Medicinas por Correo?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023

Teléfono: 1-800-733-8387

Página Web: WWW.VA.GOV/HAC

Seleccione las *Formas* del lado izquierdo de la página web.

Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV

¿A qué lugar envío mi forma completa solicitando el Certificado OSS?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023

FAX: 1-303-331-7808

FARMACIA

¿Con quién me puedo poner en contacto para encontrar una farmacia local que forme parte de la red Medical Matrix?

Teléfono: 1-800-880-1377

Página Web: WWW.VA.GOV/HAC

Siga las siguientes instrucciones:

- Haga clic en *Medical Matrix* en la sección azul al lado izquierdo.
- Aparecerá un párrafo con el título *Medical Matrix*, vaya al final del párrafo y haga clic en [Click Here](#).

- Aparecerá una página con diferentes casilleros en los que se solicita la información necesaria para ubicar una Farmacia Medical Matriz cerca de usted.
- Escriba su *Código Postal*.
- Seleccione el tipo de servicio de Farmacia: CHAMPVA
- Seleccione el método de búsqueda: Esta opción le permitirá seleccionar por: nombre de tienda, ciudad o número de teléfono de su farmacia).
- Si nada aparece en su código postal, haga clic en la parte baja de la página donde dice *Click here to search beyond your area (Haga clic aquí para buscar fuera de su área)*.

¿Quién puede ayudarme con mis preguntas sobre Medicinas por Correo?

El Centro de Servicio de Farmacia lo ayudará a obtener información sobre:

- el estado de su pedido
- preguntas sobre la disponibilidad del medicamento,
- preguntas sobre el farmacéutico, y
- actualizaciones del perfil del paciente.

Teléfono: 1-888-385-0235, de lunes a viernes, de 10:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Este

Lo ayudaremos proporcionándole información general sobre Medicinas por Correo, elegibilidad, solicitudes para Medicinas por Correo y las formas para la presentación de reclamos.

Teléfono: 1-800-733-8387

Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV

Página Web: WWW.VA.GOV/HAC (luego seleccione Medicinas por Correo)

PREAUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES, EQUIPO MÉDICO DURABLE, HOSPICIO, Y TRANSPLANTES

¿A quién puedo contactar para la preautorización de éstos servicios?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
ATT: Preautorización
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023

Teléfono: 1-800-733-8387

FAX: 1-303-331-7807

PREAUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSEJERÍA EN CASOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

¿A quién puedo contactar para la preautorización de éstos servicios?

Correo: Magellan Behavioral Health
CHAMPVA
PO Box 3567
Englewood, CO 80155

Teléfono: 1-800-424-4018 (servicio nacional)
1-720-529-7400 (servicio internacional)

FAX: 1-800-424-4017

PROCESAMIENTO DE RECLAMOS

¿Adónde envío las facturas por servicios y suministros médicos?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65024
Denver, CO 80206-9024

SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN/APELACIÓN

¿Con quién me pongo en contacto si quiero apelar o solicitar la reconsideración de una decisión referente a la autorización, beneficios o pago?

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
ATT: Apelaciones
PO Box 460948
Denver, CO 80246

RECONSIDERACIÓN/APELACIÓN DE LAS DECISIONES REFERENTES A LOS BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

¿Con quién puedo ponerme en contacto si quiero apelar o solicitar la reconsideración de una decisión referente a los beneficios de salud mental?

Primer nivel de apelación/reconsideración

Correo: Magellan Behavioral Health
CHAMPVA
PO Box 3567
Englewood, CO 80155

Segundo nivel de apelación/reconsideración

Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
ATT: Apelaciones
PO Box 460948
Denver, CO 80246

CERTIFICADOS DE ESTUDIOS

¿Adónde envío los certificados de estudios de un estudiante con inscripción a tiempo completo?

Correo: CHAMPVA
PO Box 469028
Denver, CO 80246-9028

FAX: 1-303-331-7809

Guía de la Hoja de Datos de CHAMPVA

La hoja de datos se puede obtener en nuestra página web en WWW.VA.GOV/HAC, llamando al 1-800-733-8387 o enviando un mensaje electrónico solicitándola a HAC.INQ@MED.VA.GOV.

CHAMPVA Hoja de información Número	Título	Para mas información del tema mire las páginas relacionadas en el manual
01-01	Beneficio de Desordenes de Salud Mental y Uso de Sustancias	50-56, 74
01-02	Certificaciones Escolares	15-17
01-03	Eligibilidad	15
01-04	Un Vistazo del programa CHAMPVA	i, 15, 24
01-07	Información General	i
01-08	Equipo Medico Duradero (EMD)	33, 43-44, 72
01-09	Agente de Costo de Farmacia	58, 75
01-11	Metodología de Pago	67-76
01-15	Proveedores Partipantes	24-25
01-16	Proveedores para Pacientes no Hospitalizados y Gerentes de Oficina	27-30
01-18	Iniciativa de Tratamiento Interno del Programa CHAMPVA (CITI)	32
01-22	Seguro Suplementario	82
01-23	Otro Seguro de Salud	76-81
01-24	Beneficios de Farmacia	57-59, 75-76
03-01	Nuevo Casamiento Despues de los 55 años de edad	17

Inscripción

Definiciones

- **Beneficiario:** un cónyuge, viuda(o) o hijo elegible para recibir los beneficios CHAMPVA.
- **Hijo:** incluye hijo biológico, adoptado, hijastro o hijo incapacitado según lo determine la Oficina Regional de AV (véase página 15).
- **Dependientes:** un hijo, cónyuge, o viuda(o) de un patrocinador que cumple con los requisitos de calificación.
- **Patrocinador que cumple con los requisitos de calificación:** un veterano que se encuentra permanente y totalmente incapacitado como resultado de una condición relacionada con el servicio, falleció como resultado de una condición vinculada al servicio, se le calificó permanente y totalmente incapacitado como resultado de una condición relacionada con el servicio al momento de su fallecimiento, o fallece durante el servicio activo y su dependientes no tiene, de otro modo, derecho a los beneficios DoD TRICARE.
- **Relacionado con el servicio:** una determinación de la Oficina Regional de AV en el sentido de que la enfermedad o lesión del veterano está relacionada con el servicio militar.
- **Cónyuge:** la esposa o esposo de un patrocinador que cumple con los requisitos de calificación.
- **Viuda(o):** el cónyuge sobreviviente de un patrocinador que cumple con los requisitos de calificación

Solicitud de Beneficios

Información general:

Deberá someter una solicitud (AV Forma 10-10d) antes de que usted o su médico envíen facturas por los servicios de cuidado de la salud. Deberá tener un Número de Seguro Social (NSS) por cada persona que incluya en la solicitud, incluyendo los recién nacidos. Si necesita un NSS para un miembro de su familia, póngase en contacto con la Oficina de Seguro Social más cercana. Una vez que su solicitud es procesada, enviaremos por correo una tarjeta de miembro de CHAMPVA (A-Card) a cada uno de los miembros calificados de la familia.

<p>CHAMPVA Benefit Coverage/Limitations-See the CHAMPVA handbook for information on covered benefits and limitations.</p>	<p>Department of Veterans Affairs Health Administration Center CHAMPVA</p>	<p>Authorization Card P.O. Box 65024 Denver, CO 80206-9024</p>
<p>This is also your Pharmacy Card.</p>	<p>Subscriber Name:</p>	
<p>Preauthorization-required for the following services</p> <ul style="list-style-type: none"> Organ and bone marrow transplants Hospice Services Most mental health/substance abuse services All dental care All durable medical equipment with a purchase or total rental price of \$300 or more 	<p>A-Card Number</p>	
<p>Preauthorization requests</p> <ul style="list-style-type: none"> Medical Services 1-800-733-8387 Mental Health/Substance Abuse 1-800-424-4018 	<p>Note: include A-Card Number on all claims and correspondence</p>	
	<p>Effective Date</p>	<p>Expiration Date</p>
		<p>Assistance 1-800-733-8387 hac.ing@med.va.gov</p>

El proceso de solicitud:

Para solicitar los beneficios debe enviar la Forma 10-10d, Solicitud de Beneficios CHAMPVA; la Forma 10-7959c, Otra Certificación de Salud de CHAMPVA por cada miembro de familiar; y una copia de su tarjeta de Medicare (si es elegible para Medicare). Véase *Recursos Útiles*, página 4 para más información sobre obtener y enviar formas.

Para reducir el tiempo de procesamiento de su solicitud, recomendamos que también envíe una copia (nunca el original) de los documentos aplicables a su caso (vea página 14). No será necesario que legalice estos documentos ante un notario. Si nos envía los documentos relacionados con su solicitud, podremos determinar la fecha exacta de su elegibilidad. Si no nos envía copia de los documentos aplicables con su solicitud, la fecha de su elegibilidad se basará en la fecha de su solicitud CHAMPVA, y luego se ajustará cuando la ORAV envíe la información pertinente. Si adjunta los documentos a su solicitud y llena las formas correctamente, normalmente su solicitud se procesará en 45 días contados a partir de la fecha en que se reciba.

Documentación	Cuando es Necesitada
Clasificación de decisiones del Departamento de Asuntos de Veteranos (DAV)	<ul style="list-style-type: none"> • El patrocinador calificado es permanente y totalmente incapacitado debido a una discapacidad conectada con el servicio • El patrocinador calificado muere como resultado de una condición conectada con el servicio • El patrocinador calificado estuvo permanente y totalmente incapacitado al tiempo de morir
El Certificado de libertad o retirado de la obligación de Los Veteranos DD 214 (o reporte de de separacion de la WWII y la era de los Veteranos de Korea)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación inicial
El reporte de casualidad	<ul style="list-style-type: none"> • El patrocinador cualificado muere en el ejercicio del trabajo
La licencia de matrimonio/ El certificado del patrocinador cualificado y su esposa(o) o viuda/viudo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación para la esposa(o) • Aplicación para la viuda/viudo
La licencia de matrimonio / el certificado del nuevo matrimonio de la viuda o viudo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la viuda o viudo despues de los 55 años de edad, se vuelve a casar, copias del certificado de matrimonio del veterano y su esposa(o) actual son requeridos
Certificado de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones para dependientes o niños sobrevivientes: nacimiento, adoptados, hijastros
Orden de adopción de la corte	<ul style="list-style-type: none"> • Dependientes o niños adoptados sobrevivientes
Carta de certificación de la escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Dependientes o niños sobrevivientes entre las edades de 18 y 23

Verificamos con la Oficina Regional de AV la relación de dependientes/sobrevivientes del patrocinador calificado. Si no ha contactado la Oficina Regional de AV para establecer una relación legal con el patrocinador calificado, debe hacerlo antes de presentar su solicitud a CHAMPVA.

Elegibilidad

CHAMPVA provee cobertura al cónyuge o viuda(o) y a los hijos de un veterano que:

- sea calificado como permanente y totalmente incapacitado debido a una incapacidad relacionada con el servicio, o
- haya sido calificado como permanente y totalmente incapacitado debido a una condición relacionada con el servicio al momento de la muerte, o
- falleció por una incapacidad relacionada con el servicio, o
- falleció durante el servicio activo,

y los dependientes no son de otro modo elegible para beneficios DoD TRICARE.

La elegibilidad a CHAMPVA puede verse afectada por cambios tales como el matrimonio, divorcio de patrocinador, o elegibilidad para Medicare o TRICARE. Cualquiera de estos cambios deben reportarse de inmediato a CHAMPVA.

Reglas que Afectan la Elegibilidad CHAMPVA

HIJO

Fecha límite para la elegibilidad del hijo: La elegibilidad a CHAMPVA termina cuando:

- un hijo cumple los 18 años a menos que se encuentre inscrito como estudiante a tiempo completo en una escuela acreditada,
- un hijo que ha sido un estudiante a tiempo completo, cumple 23 años,
- un hijo se casa (a partir de la media noche del día de matrimonio) o
- un hijastro deja de vivir en la casa del patrocinador.

Condición de estudiante: Para establecer la condición de estudiante y conservar la elegibilidad CHAMPVA, un hijo debe tener entre 18 y 23 años de edad y asistir a la escuela a tiempo completo. Dentro de las escuelas se incluyen las escuelas secundarias, vocacional o técnica, colegios pre-

universitarios, institutos superiores y universidades que son acreditadas por una agencia o asociación de reconocimiento nacional. La condición de estudiante se puede establecer hasta por un año completo con una carta de la escuela que certifique las fechas de inicio o término de los periodos académicos durante los cuales el estudiante se encuentra pre-inscrito como estudiante a tiempo completo. Se aceptan certificaciones en idiomas extranjeros, sin embargo, se requerirá tiempo adicional para su traducción.

- Los certificados de estudios deberán expedirse en papel membretado de la escuela. Pueden enviarse por correo a CHAMPVA, PO Box 469028, Denver, CO 80246-9028 o por FAX al 1-303-331-7809 y deberán incluir la siguiente información:
 - nombre completo del estudiante,
 - Número de Seguro Social (NSS) del estudiante,
 - fecha exacta de inicio y conclusión de cada semestre o inscripción,
 - número de horas semestrales o certificación equivalente (las escuelas secundarias quedan excluidas) de estudiante a tiempo completo, y
 - cargo y firma de un funcionario de la escuela.
- La asistencia a tiempo completo se define como un semestre de doce créditos-horas o un número equivalente de horas en un calendario académico trimestral (en vez de semestres).
- Las vacaciones de verano no se consideran una interrupción a la asistencia a tiempo completo cuando el estudiante se encuentra inscrito a tiempo completo en el semestre (o trimestre) anterior a las vacaciones de verano y pre-inscrito a tiempo completo en el semestre (o trimestre) posterior a las vacaciones de verano según verificación de la institución educativa.
- Si un estudiante se retira de la escuela durante el semestre (o trimestre), no se establecerá la condición de estudiante a tiempo completo y se interrumpirá la elegibilidad CHAMPVA.
- Si un estudiante padece una enfermedad o lesión que lo incapacita mientras se encuentra inscrito como estudiante a tiempo completo, la elegibilidad podrá continuar por un periodo de seis meses una vez

superada la incapacidad, durante dos años después del establecimiento de la incapacidad o hasta que cumpla los 23 años de edad—lo que ocurra primero. Será necesario enviar documentación médica para respaldar la naturaleza de la enfermedad o lesión que impide que el niño asista a la escuela.

Impacto del divorcio o Nuevo matrimonio de cónyuge sobre la elegibilidad del hijo: La elegibilidad de un hijo no se afecta por el divorcio o el nuevo matrimonio del cónyuge a menos que se trate de un hijastro. Cuando un hijastro deja la vivienda del patrocinador, éste deja de ser elegible para recibir los beneficios de CHAMPVA.

Niño incapacitado: Un niño que, antes de cumplir los 18 años, se convierte en una persona permanentemente incapaz de valerse por sí mismo y la Oficina Regional de AV lo califica como un niño incapacitado, éste será elegible para CHAMPVA sin límite de edad. Sin embargo, la elegibilidad quedará sin efecto si el niño contrae matrimonio.

CÓNYUGE

La elegibilidad para CHAMPVA queda sin efecto cuando el matrimonio del patrocinador calificado termina por anulación o divorcio. La elegibilidad para CHAMPVA llegará a su término a partir de la media noche de la fecha efectiva de la disolución del matrimonio señalada en la sentencia de anulación o divorcio.

VIUDA(O)

Nuevo matrimonio: La elegibilidad para CHAMPVA llegará a su término la medianoche de la fecha en que se contrae el nuevo matrimonio si la viuda(o) se vuelve a casar antes de cumplir los 55 años de edad. A partir del 4 de febrero de 2003, una viuda(o) que cumple con los requisitos de CHAMPVA que se vuelve a casar a la edad de 55 años o más continúa siendo elegible para recibir los beneficios de CHAMPVA.

Finalización del nuevo matrimonio: Una viuda(o) de un patrocinador calificado vuelva a contraer matrimonio y cuyo matrimonio termine en una fecha posterior por muerte, divorcio o anulación podrá establecer su elegibilidad para recibir los beneficios de CHAMPVA. La fecha de inicio de

la elegibilidad será el primer día del mes posterior al divorcio del nuevo matrimonio o el 1 de diciembre de 1999, cualquiera de las dos que sea posterior. A fin de restablecer la elegibilidad CHAMPVA, se deberá proporcionar copias de la partida de matrimonio y defunción, divorcio o documentos de anulación (que sean apropiados).

DERECHO A MEDICARE

Si es elegible para CHAMPVA y también goza de los derechos a Medicare Parte A (cobertura de hospitalización gratuita) y Medicare Parte B (cobertura de paciente no hospitalizado) su proveedor médico podrá enviarnos las facturas por sus servicios médicos una vez que las facturas se envíen a Medicare y que Medicare envíe una forma de explicación de beneficios. Existen limitaciones de elegibilidad en caso de que usted tenga derecho sólo a Medicare Parte A, por lo tanto, por favor lea los siguientes criterios a fin de determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad para CHAMPVA cuando también goza de derechos a Medicare.

Aspectos importantes que debe recordar:

- Si tiene Medicare Parte A y está cubierto por los beneficios de Parte B, **no cancele su cobertura Medicare Parte B**. Debe continuar recibiendo los beneficios de la Parte B para que su elegibilidad a CHAMPVA continúe en efecto.
- Si tiene menos de 65 años de edad y tiene derecho a Medicare Parte A, o si su cumpleaños número 65 fue el 5 de junio de 2001 o en una fecha posterior, **deberá estar inscrito en Medicare Parte B** para poder ser elegible a CHAMPVA.
- Si la Parte B es un requisito para ser elegible para CHAMPVA, y no se encuentra inscrito, póngase en contacto con la oficina de la Administración de Seguro Social (ASS) para registrarse.

El siguiente cuadro y texto explican cuándo debe inscribirse en Medicare Parte B para ser elegible para CHAMPVA.

	¿Es Requerido el Cuidado Medico Parte B para Ser Elegible a CHAMPVA?
Si es menor de 65 años y tiene derecho a la Parte A	Si
Si usted tenía mas de 65 años cuando su primera esposa(o) se convirtió en un patrocinador calificado para CHAMPVA y usted tiene derecho a Cuidado Medico (Medicare)	Si
Usted tenía mas de 65 años antes de Junio 5, 2001, o de otra forma fue elegible para CHAMPVA, y usted solo está cubierto por Medicare Parte A	Si
Usted tenía mas de 65 años antes de Junio 5, 2001, o de otra forma fue elegible para CHAMPVA, y solo estaba cubierto por Medicare Parte A y se inscribió en Parte B como a eso de Junio 5, 2001	Si
Si cumplió 65 años en Junio 5, 2001 o después de esta fecha y tiene derecho a Medicare Parte A	Si

Si aún no ha cumplido los 65 años de edad y tiene derecho a Medicare Parte A, DEBERÁ tener Medicare Parte B.

- Si tiene Medicare Partes A y B, CHAMPVA pagará después de Medicare y cualquier otro seguro, tales como Medicare HMO y planes complementarios de Medicare, por servicios y suministros para el cuidado de la salud.
- Si tiene derecho a Medicare Parte A y no está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para CHAMPVA. Si más adelante se registra en Medicare Parte B, podrá solicitar los beneficios CHAMPVA en ese momento. En dicho caso, la elegibilidad para CHAMPVA se iniciará en la fecha efectiva de su cobertura de Medicare Parte B.

Si tiene 65 años de edad o más y tiene derecho a Medicare Parte A, en la mayoría de los casos también deberá tener Medicare Parte B. Lea detenidamente los siguientes criterios:

- Si tenía más de 65 años de edad la primera vez que su cónyuge calificó como patrocinador CHAMPVA, deberá tener Medicare Parte B si tiene derecho a Medicare Parte A. Esto es aplicable sin importar cuando cumplió los 65 años de edad.

- Si usted tiene más de 65 años de edad, cumple con los criterios de elegibilidad de CHAMPVA (véase página 19 de este manual), y no tiene derecho a Medicare Parte A, ya sea por cuenta propia o por cuenta del Número de Seguro Social de un cónyuge anterior, usted es elegible para CHAMPVA.
 - Si no tiene derecho a la Parte A de Medicare, deberá presentar una “Notificación de Rechazo” con su solicitud.
 - Si tiene Medicare Parte A a través de las disposiciones de Premium-HI (disponible cuando no es elegible para Medicare Parte A no sujeta al pago de prima, pero obtiene cobertura de la Parte A a través de una fuente financiada con recursos no federales) deberá presentar una copia de su tarjeta de Medicare u otra documentación oficial que lo señale.
 - Si ha comprado la Parte B de Medicare, pero no tiene derecho a la Parte A, deberá proporcionar una copia de su tarjeta de Medicare u otra documentación oficial que lo señale.
- Para las personas que tienen 65 años de edad o más antes del 5 de junio de 2001:
 - Si cumplió 65 años de edad antes del 5 de junio de 2001 cuando su cónyuge calificó por primera vez como patrocinador CHAMPVA, tiene derecho a Medicare Parte A, y no está inscrito en Medicare Parte B, es elegible para CHAMPVA. Si no se inscribió en Medicare Parte B antes del 5 de junio de 2001, no está obligado a hacerlo. Medicare pagará primero por todos los servicios que se encuentren bajo la cobertura de la Parte A, y CHAMPVA pagará después de Medicare (y cualquier otro seguro de salud que pueda tener) por los servicios médicos que se reciban el 1 de octubre de 2001 o en una fecha posterior. CHAMPVA será el pagador primario (primer pagador) para los servicios cubiertos como paciente externo a menos que tenga otro seguro de salud para el cuidado como paciente externo. Si ese fuera el caso, CHAMPVA será el segundo pagador (pagando después de que el otro seguro haya pagado).
 - Si cumplió 65 años de edad antes del 5 de junio de 2001 y su cónyuge calificó por primera vez como patrocinador CHAMPVA, tiene derecho a Medicare Parte A, y está inscrito en Medicare Parte B, es elegible para CHAMPVA. Sin embargo, deberá continuar inscrito en Medicare Parte B para conservar su elegibilidad a CHAMPVA.

CHAMPVA pagará después de Medicare (y cualquier otro seguro de salud que pueda tener incluyendo los planes Medicare HMO y los planes de salud complementarios de Medicare) por los servicios médicos cubiertos recibidos el 1 de octubre de 2001, o en una fecha posterior.

- Si cumplió 65 años de edad entre el 5 de junio de 2001 y antes del 1 de octubre de 2001:
 - Si cumplió los 65 años de edad entre esas fechas, y su cónyuge era un patrocinador calificado de CHAMPVA, y usted tiene derecho a Medicare Parte A, debe inscribirse en Medicare Parte B, para ser elegible por CHAMPVA para servicios médicos el 1 de octubre de 2001 o en una fecha posterior. CHAMPVA pagará después de Medicare (y cualquier otro seguro de salud que pueda tener incluyendo los planes Medicare HMO y los planes de seguro complementarios de Medicare) por los servicios médicos cubiertos.
 - Si cumplió los 65 años de edad entre esas fechas y tiene derecho a Medicare Parte A, pero no se inscribió en Medicare Parte B, no es elegible para CHAMPVA. Si más adelante se inscribe en Medicare Parte B, podrá solicitar los beneficios CHAMPVA en ese momento. En dicho caso, la elegibilidad para CHAMPVA se iniciará en la fecha efectiva de su cobertura de Medicare Parte B.
- Si cumplió 65 años de edad el 1 de octubre de 2001 o después:
 - Si cumplió 65 años de edad después del 1 de octubre de 2001 y su cónyuge calificaba como patrocinador CHAMPVA, y usted tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B, es elegible para CHAMPVA. CHAMPVA pagará después de Medicare (y cualquier otro seguro de salud que pueda tener incluyendo los planes Medicare HMO y los planes de salud complementarios de Medicare) por los servicios médicos cubiertos recibidos en la fecha o después de la fecha de inicio de su cobertura Medicare Parte A y B.
 - Si cumple los 65 años de edad entre esas fechas y tiene derecho a Medicare Parte A, pero no se inscribió en Medicare Parte B, no es elegible para CHAMPVA. Si más adelante se inscribe en Medicare Parte B, podrá solicitar los beneficios CHAMPVA en ese momento. En dicho caso, la elegibilidad para CHAMPVA se iniciará en la fecha efectiva de su cobertura de Medicare Parte B.

Información Sobre los Beneficios

Visión General

En general, CHAMPVA cubre la mayoría de los servicios y cuidado de la salud que son clínicamente necesarios. Se aplican reglas y/o limitaciones a ciertos servicios. Algunos servicios (incluso por receta médica) no se encuentran bajo la cobertura de CHAMPVA. Tenga presente que este manual no cubre todas las políticas de CHAMPVA y los beneficios pueden cambiar con el tiempo. Podrá tener una explicación clara de los servicios cubiertos/no cubiertos, así como de las limitaciones llamándonos, enviándonos un mensaje por correo electrónico o visitando nuestra página web (véase *Recursos de Utilidad*, página 2).

Proveedores de Cuidado de la Salud

Usted tiene muchas opciones para seleccionar un proveedor; sin embargo, asegúrese que el proveedor tenga licencia para atender en su estado y que no se encuentra en la lista de exclusiones de Medicare (véase página 34). CHAMPVA pagará por los servicios y suministros cubiertos (nótese las limitaciones para algunos servicios que se describen en este manual), incluyendo los necesarios para las condiciones preexistentes, en caso de que estos proveedores profesionales hayan brindado tales servicios y suministros. En el caso de auxiliares médicos, algunos asesores, anestesistas, audiólogos, y terapeutas se debe cumplir con un requisito que dispone que los servicios deberán estar bajo supervisión (control) del médico. A continuación presentamos una lista de la mayoría de los proveedores que CHAMPVA cubre (no incluye todos).

- Anestesista
- Audiólogo
- Partera certificada
- Enfermero anestesista certificado (EAC)
- Enfermero practicante certificado
- Auxiliar médico certificado (AMC)
- Especialista en enfermería psiquiátrica certificado

- Psicólogo clínico (PC)
- Dentista (cuando los servicios se encuentran bajo cobertura y son previamente autorizados)
- Consejero familiar/terapeuta
- Licenciado en trabajo social clínico (Maestría)
- Licenciado logoterapeuta clínico (LLC)
- Licenciado en auxiliar práctico de enfermería (LAPE)
- Licenciado en enfermería auxiliar vocacional (LEAV)
- Doctor en medicina (DM)
- Ergoterapeuta (ET)
- Médico osteópata (DO)
- Asesor pastoral
- Fisioterapeuta (FT)
- Médico (Doctor en medicina DM)
- Podólogo (PDM)
- Psiquiatra
- Fisiólogo
- Enfermero titulado (ET)

No pagamos por los servicios prestados de:

- Acupunturista
- Quiropráctico
- Naturópata

No contamos con una lista de proveedores. La mayoría de los proveedores de Medicare y TRICARE también aceptarán CHAMPVA (sin embargo, asegúrese de preguntar al proveedor). Si tiene dificultad para encontrar a un proveedor, le recomendamos que visite la página web de TRICARE en

WWW.TRICARE.OSD.MIL para localizar al proveedor de su área. Bajo la opción *Top Requested Sites* (Sitios más solicitados) seleccione *TRICARE Directorio Estandar* (Directorio de la red de proveedores) y siga las instrucciones. Si elige visitar a un proveedor que no acepta CHAMPVA, es muy probable que tenga que pagar la factura completa y luego presentar un reclamo para que le reembolsen el monto autorizado a CAS.

La siguiente página es una hoja de datos que tal vez prefiera retirar del manual y entregársela a su proveedor de servicios médicos. Esta página proporciona información relacionada con los requisitos y pagos del programa CHAMPVA.

¿Qué es CHAMPVA?

CHAMPVA es un programa de beneficios de salud en el que el Departamento de Asuntos de Veteranos (AV) comparte los costos de ciertos servicios y suministros para el cuidado de la salud con los beneficiarios elegibles (véase Hoja de datos de elegibilidad 01-03 en la que se consignan los criterios de cobertura de CHAMPVA. CHAMPVA se encuentra bajo la administración del Centro de Administración de Salud de AV (CAS) en Denver, Colorado. Nosotros procesamos las solicitudes CHAMPVA, determinamos la elegibilidad, autorizamos los beneficios y procesamos los reclamos médicos.

¿Cómo se relaciona CHAMPVA con TRICARE?

Ambos son programas federales, sin embargo, una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad para TRICARE no es elegible para CHAMPVA. A pesar de ser similares, TRICARE (antes CHAMPUS—que se encuentra bajo la administración del Departamento de Defensa) no debe confundirse con CHAMPVA. TRICARE proporciona cobertura a las familias de los miembros que se encuentran en servicio activo, a las familias de los miembros que fallecieron mientras se encontraban en servicio activo, y a los miembros en retiro y sus familias, ya sea que se trate de un veterano incapacitado o no.

¿Es necesario obtener una autorización previa para estos servicios?

Algunos tipos de cuidado/servicios requieren aprobación por adelantado comúnmente conocida como preautorización. Esta aprobación o preautorización es extremadamente importante y en caso de que no se cumpla con obtenerla puede resultar en el reclamo denegado. La preautorización es necesaria para:

- Cuidado dental
- Equipo médico durable con un precio de compra o un precio de alquiler total ascendente a \$300 o más.
- Servicios para hospicio

HOJA DE INFORMACIÓN 01-16

- Servicios de salud mental/abuso de sustancias controladas (véase Hoja de datos de los beneficios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias controladas 01-01)
- Transplantes

¿Necesito aprobación para las referencias a los especialistas o para pruebas de diagnóstico?

No, en tanto que sean médicamente necesarias.

¿Se lleva a cabo la administración de casos y las revisiones de utilización?

Sí, se llevan a cabo revisiones de los reclamos clínicos en una serie de servicios médicos incluyendo fisioterapia, ergoterapia y logoterapia; salud en el hogar; servicios de enfermería especializados; rehabilitación y uso de sustancias controladas. Remita la documentación médica junto con la factura. Las revisiones de utilización también se llevan a cabo para los servicios que requieren preautorización.

¿Debo firmar algún contrato o acuerdo para aceptar/participar en CHAMPVA?

No. CHAMPVA no cuenta con proveedores por contrato. Usted debe contar con la licencia de su estado para recibir pago de CHAMPVA y no puede ser parte de la lista de exclusiones de Medicare.

¿Debo aceptar la tasa de asignación de CHAMPVA?

Sí, de conformidad con el Artículo 38 del CFD, Sección 272(b) (3) y (4), los proveedores deben aceptar la tasa autorizada de CHAMPVA y no pueden emitir una factura por el saldo al beneficiario.

¿Cómo logro que se me pague un reclamo?

La factura (forma estándar o reclamo electrónico) deberá enviarse a:

VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65024
Denver, CO 80206-9024

Esta es sólo la dirección que debe usarse para remitir los reclamos a CHAMPVA.

HOJA DE INFORMACIÓN 01-16

Si el beneficiario tiene otro seguro (OSS), primero se deberá enviar la factura a dicho seguro. Luego se deberá enviar la explicación de beneficios (EB) del OSS con el reclamo por reembolso a CHAMPVA. Por ley, CHAMPVA siempre es el pagador secundario salvo en el caso de Medicaid, Programas Estatales de Compensación a Víctimas de Crímenes, y pólizas complementarias de CHAMPVA.

¿Qué paga CHAMPVA?

En la mayoría de los casos, CHAMPVA paga el equivalente a las tarifas de Medicare/TRICARE. CHAMPVA tiene un deducible para pacientes no hospitalizados (\$50 por persona hasta \$100 por familia por año calendario) y un costo compartido del 25%. Deberá cobrar el 25% del costo compartido autorizado al paciente salvo en caso de que el paciente tenga otro seguro de salud.

Si el beneficiario tiene otro seguro de salud, entonces CHAMPVA paga el monto que sea menor entre el 75% del monto autorizado después que se haya cumplido con el pago del deducible de \$50 por año calendario y los cargos restantes, por lo general el beneficiario no tendrá que compartir los costos.

¿Cuánto se demora CHAMPVA en pagar?

Normalmente CHAMPVA paga 95% de los reclamos en 30 días.

¿Hay consideraciones especiales para Centros de Cirugía Ambulatoria?

Sí, estos deben contar con la aprobación de Medicare para realizar procedimientos específicos en centros quirúrgicos independientes.

¿Cómo sé si alguien es eligible para CHAMPVA?

Cada beneficiario CHAMPVA tiene una tarjeta CHAMPVA similar a la que se muestra a continuación:

<p>CHAMPVA Benefit Coverage/Limitations-See the CHAMPVA handbook for information on covered benefits and limitations.</p> <p>This is also your Pharmacy Card.</p> <p>Preauthorization-required for the following services Organ and bone marrow transplants Hospice Services Most mental health/substance abuse services All dental care All durable medical equipment with a purchase or total rental price of \$300 or more</p> <p>Preauthorization requests Medical Services 1-800-733-8387 Mental Health/Substance Abuse 1-800-424-4018</p>	<div style="text-align: right;">  <p>Department of Veterans Affairs Health Administration Center</p> <p>Authorization Card P.O. Box 65024 Denver, CO 80206-9024</p> </div> <p>Subscriber Name:</p> <hr/> <p>A-Card Number</p> <p>Note: Include A-Card Number on all claims and correspondence</p> <p>Effective Date Expiration Date</p> <p style="text-align: right;">Assistance 1-800-733-8387 hac.ing@med.va.gov</p>
--	--

¿Cómo obtengo más información?

- Correo: VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, CO 80206-9023
- Teléfono: 1-800-733-8387 de lunes a viernes de 8:15 AM a
7:00 PM Hora del Este
- FAX: 1-303-331-7804
- Correo electrónico: HAC.INQ@MED.VA.GOV
- Página Web: WWW.VA.GOV/HAC

Proveedores AV (CITI):

Si en su área hay una institución médica AV, consulte si participa en el programa Iniciativa de Tratamiento Interno de CHAMPVA (CITI- se pronuncia *citi*). CITI es un programa voluntario para los beneficiarios de CHAMPVA. Puede recibir tratamiento en las instituciones médicas de AV, siempre y cuando haya cupo, **a no costo compartido o deducible**. No existe inscripción en el programa CITI. Si la institución médica AV de su área participa en el programa y tiene servicios disponibles, entonces podrá recibir cuidados en dicha institución.

La mayoría de las instituciones médicas de AV participan en el programa CITI y es muy probable que una institución médica AV participante se encuentre cerca de su casa. Puede visitar la página web de CITI en WWW.VA.GOV/HAC y seleccionar *CITI* en la columna de la izquierda para encontrar el centro médico AV más cercano. También puede llamar a la institución médica AV de su área para preguntar si participan en el programa CITI y los tipos de cuidado médico que se encuentran a disposición a través de la institución. También puede llamarnos o enviarnos un mensaje de correo electrónico para solicitar más información sobre este programa.

Si es un veterano y beneficiario de CHAMPVA, puede tener derecho a recibir cuidado a través del sistema de cuidado de salud AV sobre la base de su propia condición de veterano o puede ser elegible para participar en el programa CITI. En cada caso cuando usted requiere atención médica, puede elegir el sistema de cuidado de salud AV o la cobertura bajo el programa CHAMPVA (CITI) si la institución AV cercana participa en CITI.

Por favor recuerde que la institución médica AV decide si tiene capacidad para brindarle el cuidado o no. La decisión no está a cargo de CHAMPVA.

El programa CITI no está disponible para los beneficiarios con Medicare o con plan de seguros HMO.

Proveedores de servicios de farmacia:

Hay varias opciones disponibles para servicios de farmacia. Para mayor información vea *Servicios de Farmacia*, página 57.

Preautorización

Algunos tipos de cuidado/servicios requieren aprobación/preautorización. Esta aprobación o preautorización es extremadamente importante y en caso de que no se cumpla con obtenerla puede resultar en reclamo denegado. Los requisitos para la preautorización se describen en la citada sección que describe los beneficios.

La preautorización es necesaria para:

- Cuidado dental (véase página 41)
- Equipo médico durable con un precio de compra o un precio de alquiler total ascendente a \$300 o más (véase página 43)

Excepción:

El equipo médico duradero que se le proporcione a través del programa CITI de AV no requiere preautorización.

- Servicios para hospicio (véase página 47)
- Servicios de salud mental/abuso de sustancias controladas (véase página 51)

Excepciones:

- Los servicios que se prestan a través del programa CITI de AV no requieren preautorización. Sin embargo, todo reclamo por servicios que exceda el beneficio autorizado debe estar acompañado por la documentación médica.
 - Cuando Medicare es el pagador primario y ha autorizado el cuidado, no es necesario contar con una preautorización para los servicios de salud mental.
- Transplantes (véase la página 64)

La sección titulada *Recursos de Utilidad*, página 6, proporciona información de contacto para las solicitudes de preautorización.

Existen artículos y servicios que no requieren preautorización, sin embargo se deberá adjuntar la documentación médica necesaria al momento de presentar el reclamo. Asimismo, hemos señalado en el manual, en la sección próxima a beneficios, los casos en que la documentación médica debe

acompañar la factura. Esta lista no incluye todos los casos; sin embargo, proporciona ejemplos de servicios por los que deberá solicitarle a su médico que envíe registros/apuntes médicos junto con la factura.

- prueba de alergias
- biorregulación
- servicios de salud en el hogar
- cirugía laser
- capacitación para el auto-tratamiento de la diabetes como paciente no hospitalizado.
- oxígeno y suministros de oxígeno
- servicios de fisioterapia
- servicios de enfermería especializados
- cirugía por obesidad mórbida (derivación intestinal, engrapado gástrico o gastroplastía)

Exclusiones Generales

No cubrimos los siguientes servicios. Además de estas exclusiones generales, las descripciones de los beneficios contenidas en este manual proporcionan mayores detalles en lo que respecta a los servicios no cubiertos.

- Servicios y suministros que se obtienen como parte de una subvención, estudio o programa de investigación
- Servicios y suministros que no se proporcionan de acuerdo con los estándares médicos profesionales aceptados o relacionados con procedimientos o regímenes de tratamiento experimentales/en investigación o no probados.
- Cuidado por el que usted no está obligado a pagar, tales como los servicios que se obtienen en un feria de la salud.

- Cuidado proporcionado fuera del alcance de la licencia o certificación del proveedor.
- Servicios o suministros por encima del nivel adecuado requerido para proporcionar el cuidado médico necesario.
- Servicios a cargo de proveedores suspendidos o sancionados por parte de cualquier agencia federal. Para obtener una lista o buscar el o los proveedores excluidos use el vínculo de exclusiones de Medicare en la página web del Centro de Administración de la Salud en WWW.VA.GOV/HAC u obtenga esta información directamente desde la página web del Departamento de Salud y la Oficina de Servicios Humanos del Inspector General en [HTTP://EXCLUSIONS.OIG.HHS.GOV](http://EXCLUSIONS.OIG.HHS.GOV).
- Los servicios que proporcione un miembro de su familia inmediata o las personas que viven en su vivienda.

Servicios Médicos Generales

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Pruebas de alergia y tratamiento (se aplican limitaciones; asimismo, se deberá adjuntar la documentación médica del proveedor a la factura)
- Servicios de ambulancia cuando sea necesario el uso de equipo de soporte vital en caso de una condición médica cubierta o cuando los otros medios de transporte sean contraindicados
- Biorregulación para ganar cierto control sobre las funciones automáticas del cuerpo tales como parálisis cerebral, parálisis, espasmos, lumbago e incontinencia urinaria (se aplican limitaciones—véase *Qué NO ESTÁ Cubierto*, página 39)
- Biotelemedicina (transmisión electrónica de datos para diagnóstico o monitoreo)
- Cirugía de reconstrucción de mama posterior a la mastectomía y que es médicamente necesaria
- Reducción de la mama cuando existan signos y síntomas médicamente indicados de macromastía o dolor incoercible, y no responde a otras formas de tratamiento

- Programas de rehabilitación cardíaca limitados a 36 sesiones (usualmente 3 sesiones por semana durante 12 semanas por evento cardíaco) normalmente completados en 12 meses después de un evento cardíaco que califique.
- Tomografías axiales computarizadas
- Procedimientos dermatológicos para el tratamiento de condiciones cubiertas tales como acné y cicatrices hipertróficas y queloides resultantes de quemaduras, procedimientos quirúrgicos, o acontecimientos traumáticos
- Programa de capacitación para auto-tratamiento de la diabetes (como paciente externo) que prescriba un médico para educación sobre el auto monitoreo de la glucosa en sangre, dieta y ejercicio (se aplican limitaciones; asimismo, la documentación médica del proveedor deberá adjuntarse a la facturación)
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico para una condición médica cubierta
- Anteojos, espejuelos, lentes de contacto sólo cuando sean médicamente necesarios después de una cirugía intraocular, lesión ocular, o ausencia congénita del lente humano (véase *Qué NO ESTÁ cubierto*, página 39)
- Servicios de cuidado de los pies (limitado) de naturaleza rutinaria para un diagnóstico de una enfermedad sistémica como por ejemplo diabetes o enfermedad vascular periférica
- Cuidado de la salud en el hogar, incluye servicios de enfermería especializada y cuidado de rehabilitación, como parte de un plan de tratamiento médico a cargo de un proveedor de servicios de la salud licenciado o diplomado (el cuidado de la salud en el hogar es un cuidado especializado intermitente que se brinda en un ambiente familiar cuando usted se encuentra imposibilitado de salir de casa. Se deberán adjuntar las notas de los proveedores de cuidados de la salud a los reclamos).
- Diálisis del riñón (renal) limitada a periodos en los cuales no es elegible para Medicare (la cobertura de Medicare de personas que padecen de enfermedad renal terminal (ESRD) se inicia 90 días después de la fecha

de inicio de tratamiento y mantenimiento a partir del cual CHAMPVA se convierte en el pagador secundario)

- Angiografía por resonancia magnética (ARM), imagen por resonancia magnética (IRM), y espectroscopia por resonancia magnética (ERM)
- Brassiers y prótesis para mastectomía
 - hasta 7 brassiers cada 12 meses
 - reemplazo de la prótesis de mama cada 24 meses
- Suministros médicos recetados por un médico y relacionados con una condición médica cubierta (tales como muletas, cabestrillos, andadores)
- Ergoterapia (la capacitación y evaluación no puede estar principalmente relacionada con el empleo).
- Correctores ortopédicos y otros artefactos para el cuello, brazo, espalda y piernas que lo ayuden a moverse o brindar soporte a las extremidades (los reclamos deben estar acompañados por la receta del médico a cargo del caso)
- Calzado ortopédico para diabéticos:
 - un par de zapatos a la medida (incluyendo insertos) por año calendario
 - un par de zapatos con mayor profundidad (no incluirán las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) por año calendario
 - tres pares de plantillas de diversa densidad por año calendario
- Oxígeno y equipo afín (véase *Farmacia*, página 59)
- Implante de pene/prótesis testicular por impotencia orgánica, corrección de una anomalía congénita, o corrección de la genitalia ambigua
- Fisioterapia (se deberán adjuntar las notas de la fisioterapia a los reclamos)
- Servicios médicos
- Tomografía por emisión de positrones (TEP) (se aplican limitaciones; asimismo, se deberá adjuntar la documentación médica del proveedor a la factura)
- Dispositivos de prótesis

- Programas de rehabilitación pulmonar limitados a pulmones pre y post operación o trasplantes de corazón/pulmones y enfermedad cardiopulmonar (COPD)—(se aplican limitaciones; asimismo, la documentación médica del proveedor deberá adjuntarse a la factura)
- Radioterapia
- Terapia respiratoria
- Tomografía computarizada por emisión monofotónica (TCPEM)
- Cuidado de enfermería especializada (en el hogar) cuando está a cargo de un profesional para tratar una enfermedad o condición específica (las notas de enfermería deben adjuntarse a la factura en todos los casos)
- Logoterapia por impedimentos físicos tales como:
 - lesiones cerebrales (ejemplo, lesiones cerebrales traumáticas, derrame cerebral/accidente cerebrovascular, etc.)
 - anomalías congénitas (ejemplo, labio leporino y fisura palatina)
 - trastornos neuromusculares tal como parálisis cerebral
 - trastornos sensoriales (para las personas comprendidas dentro del marco de la Ley de Educación para Personas Incapacitadas (IDEA) requiere escuelas en las que se proporcionen servicios de logoterapia hasta los 21 años de edad. Si los servicios no se encuentran a disposición a través del estado, será necesario presentar la documentación pertinente del estado).
 - malafunción de un proceso terapéutico (ejemplo cirugía a las cuerdas vocales, laringectomía, radioterapia, etc.)
 - nódulos en las cuerdas vocales
- Dispositivos de implantación quirúrgica según un diagnóstico cubierto
- Peluca o postizos como resultado de un tratamiento de cáncer (una de por vida)

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Acupuntura
- Aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, y purificadores

- Autopsia y exámenes post-mortem
- Tratamiento por biorregulación por tensión muscular común, condiciones psicósomáticas, hipertensión y migrañas
- Exfoliación química para las arrugas del rostro
- Servicios quiroprácticos
- Síndrome de fatiga crónica
- Cirugía cosmética
- Servicios de consultoría, para:
 - asesoría educativa
 - asesoría vocacional
 - asesoría para fines socioeconómicos
 - control del estrés
 - modificaciones al estilo de vida
- Atención personal (tales como baño, alimentación)
- Electrólisis (eliminación del vello capilar)
- Programas de ejercicio (general)
- Exámenes de visión y audición (de rutina)
- Anteojos, lentes de contacto, espejuelos u otro dispositivo óptico salvo lo señalado en beneficios *cubiertos*
- Servicios de cuidado de los pies de naturaleza rutinaria, tales como eliminación de callos y callosidades, recorte de uñas, salvo lo señalado en beneficios *cubiertos*
- Transplante de cabello
- Membresía del club de la salud
- Audífonos o exámenes para audífonos
- Servicios domésticos, ama de llaves, y servicios de atención (atención personal)
- Hipnosis

- Fotografía médica
- Modificaciones a la vivienda o vehículo
- Servicios naturoterapéuticos
- Ortóptica (ejercicios de los ojos o entrenamiento visual)
- Dispositivos ortóticos para calzado, tales como elevadores de talón, soportes de arco, insertos de calzado, etc., a menos que se relacionen con diabetes
- Implante de pene/prótesis testicular por causas psiquiátricas
- Tratamiento del síndrome premenstrual
- Queratotomía radial
- Servicios o asesoría telefónica
- Eliminación de tatuajes
- Servicios de transporte que no requieren equipo de soporte vital
- Programas de control o reducción de peso

Cirugía Ambulatoria

La cirugía ambulatoria hecha a un paciente externo, ambulatorio, o dado de alta el mismo día, en instituciones que cuentan con el equipo y el personal adecuado. Usualmente, la cirugía se realiza bajo anestesia general y no será necesario que el paciente pase la noche en la institución. Nuestra cobertura para procedimientos quirúrgicos ambulatorios depende del lugar donde se lleve a cabo la cirugía. La cobertura comprende la mayoría de los procedimientos ambulatorios que se llevan a cabo en un hospital, siempre que sean médicamente necesarios. Algunos procedimientos también son cubiertos cuando se llevan a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio independiente que cuente con la aprobación de Medicare. Si está programado para someterse a un procedimiento en un centro quirúrgico independiente, pregunte si cuentan con la aprobación de Medicare para llevar a cabo este procedimiento específico.

Qué **ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

En un hospital:

- todos los procedimientos quirúrgicos identificados como cubiertos en cualquiera de las secciones de este manual
- Pruebas afines (ejemplo, radiografías análisis, etc.)
- servicios en las instituciones
- honorarios profesionales tales como servicios médicos

En un centro quirúrgico ambulatorio independiente:

- honorarios profesionales tales como servicios médicos
- procedimientos quirúrgicos que se lleven a cabo en forma segura en una institución externa independiente de un hospital.

Qué **NO ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

Si Medicare no aprueba que el servicio se realice en forma segura fuera del hospital, no estará cubierto si se realiza en un centro quirúrgico ambulatorio independiente. Para consultar una lista de los procedimientos de los servicios que han sido aprobados para brindarse en forma segura en un centro ambulatorio independiente, vea el Manual de Políticas de CHAMPVA o nuestra página web en WWW.VA.GOV/HAC y seleccione CHAMPVA, luego CHAMPVA Policy Manual, y luego Chapter 3, Payments, Section 7.1A, Ambulatory Surgical Center (ASC) Reimbursement, Addendum 1.

Servicios Dentales

Con muy pocas excepciones, el cuidado dental **no es** un beneficio cubierto. Muchas veces el cuidado dental está cubierto (tal como se señala a continuación) sin embargo, en todos los casos es necesario contar con una preautorización. Las solicitudes de preautorización deben incluir las siguientes declaraciones:

- Declaración del médico explicando por qué se requiere el tratamiento dental solicitado y cómo se relaciona con el tratamiento médico cubierto por CHAMPVA.

- Declaración del dentista especificando qué tratamiento es necesario, por qué es necesario el tratamiento, cómo se relaciona con una condición médica cubierta por CHAMPVA, y el costo estimado.

La preautorización se puede solicitar por teléfono o FAX. Véase *Recursos de utilidad*, página 6, de este manual en donde encontrará la información de contacto.

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Anquiloglosia (frenillo corto total o completo)
- Corrección de una fisura palatina
- Condiciones dentales resultantes del tratamiento de una condición médica cubierta (no dental) tal como radioterapia para cáncer oral o facial
- Incisión externa y drenaje de celulitis
- Abscesos extrabucuales
- Hiperplasia gingival (resultado de terapia medica prolongada por condiciones tales como epilepsia o convulsiones)
- Abscesos intra bucales
- Pérdida de sustancia mandibular debido a un trauma directo o por tratamiento de un tumor
- Hipersensibilidad al mercurio
- Síndrome disfuncional de dolor miofacial
- Ortodoncia como resultado de una fisura palatina o anomalía congénita
- Articulación temporomandibular (TMJ)
 - radiografías iniciales,
 - hasta 4 visitas al consultorio,
 - fisioterapia sólo para el tratamiento de la fase aguda, y
 - construcción de férula oclusiva.

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Puentes (agregar o modificar)

- Caries dental (caries)
- dentadura o dentadura parcial (añadidos o modificaciones)
- Exámenes (de rutina, salud general)
- Tapados
- Lesiones (traumas) sólo a los dientes
- Ortodoncia (correctores) salvo lo antes señalado
- Endodoncias
- Tratamiento de salud dental generalmente deficiente
- Tratamiento de boca seca (xerostomía)

Equipo Médico Durable (EMD)

EMD es un equipo que puede soportar usos repetidos; se usa principalmente para fines médicos; por lo general no es útil en ausencia de una enfermedad o lesión; y es adecuado para usarse en el hogar. EMD incluye artículos tales como sillas de rueda o cama de hospital.

El EMD debe ordenarse a través de un médico y deben contar con nuestra preautorización si el costo total (por alquiler o compra) sobrepasa los \$300. La información de contacto para las preautorizaciones está Recursos en de utilidad, página 6. La preautorización nos permite comprar el EMD a través de Asuntos de Veteranos (AV) con descuento. No hay costo compartido si el EMD es preautorizado y obtenido en una fuente de AV. Las solicitudes de preautorización debe incluir la orden de EMD del médico o el certificado de necesidad médica. Esta información puede presentarse en forma de carta o mediante un certificado de necesidad médica de Medicare. En cualquiera de los casos, se deberá incluir la siguiente información:

- nombre, dirección y número de identificación tributaria del proveedor,
- el equipo requerido (la marca y número de modelo, los costos y especificaciones en caso de personalización del producto)
- diagnóstico,
- necesidad médica, y

- tiempo durante el cual se anticipa que será necesario usar el producto.

En caso de emergencia, se autorizará el alquiler inmediato en un centro de suministro local hasta que el equipo pueda proporcionarse utilizando los recursos de AV. En situaciones de extrema necesidad (tales como, dado de alta del hospital a la casa y requerir una cama de hospital) la preautorización podrá solicitarse por teléfono. Si es necesario comprar equipo, se puede aprobar el alquiler mientras se arregla la compra del equipo a través de AV. Sin embargo, seguirá siendo necesario presentar un certificado de necesidad médica.

Si cuenta con una cobertura de Medicare y el EMD necesario es cubierto por Medicare, no necesita nuestra preautorización. Si Medicare niega la cobertura del EMD porque no se observaron sus reglas de cobertura o no se estableció la necesidad médica, nosotros también negaremos la cobertura del producto.

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Personalización, accesorios o suministros que son esenciales para brindar un beneficio terapéutico y asegurar el funcionamiento adecuado del equipo
- EMD que es recomendado por un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta y que brinda el nivel necesario de rendimiento
- EMD duplicado cuando es esencial para brindar un sistema a prueba de fallas, para uso en el hogar, de soporte vital.
- Mantenimiento por un técnico autorizado por el fabricante
- Reparaciones y ajustes
- Reemplazo necesario como resultado de uso normal o cambio de la condición médica
- Alquiler temporal cuando el EMD comprado se encuentra en reparación
- Elevador de silla de ruedas vehicular (desprendible)

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Cualquier EMD no autorizado por Medicare por no ser médicamente necesario
- Equipo para ejercicios

- Audífonos
- Tinas para baños calientes
- Sillas para la vivienda y reclinables
- Equipo lujoso o de lujo (cubriremos sólo los costos de un equipo básico que cumpla con sus necesidades médicas)
- Acuerdos/contratos de mantenimiento
- Costos de reparación y ajuste de equipo alquilado/arrendado (Dichos costos deberán incluirse en los acuerdos de alquiler/arrendamiento).
- Spas
- Piscinas de natación
- Elevadores de vehículos que no son desprendibles y/o fabricados para un vehículo específico que no puede retirarse de un vehículo y usarse en otro
- Piscinas de hidromasajes

Planificación Familiar y Maternidad

Cubrimos la mayoría de los tratamientos vinculados al cuidado prenatal, parto y postnatal, incluyendo complicaciones vinculadas al embarazo tales como abortos involuntarios, trabajo de parto prematuro, y hemorragias. Los servicios que se presten a la madre así como los que se presten al niño se facturarán por separado.

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Amniocétesis
- Cuidado y tratamiento proporcionado por centros de maternidad independientes o afiliados a alguna institución
- Cuidado proporcionado por enfermeras parteras certificadas
- Cesáreas
- Diafragmas (incluyendo reemplazos)
- Enzimoimmunoanálisis de fibronectina fetal

- Cargos de hospital y/o guardería
- Pruebas y tratamiento de infertilidad
- Dispositivos intrauterinos (inserción, retiro, reemplazo)
- Cuidado médico, pruebas de diagnóstico y servicios
- Anticonceptivos recetados incluyendo Norplant
- Esterilización quirúrgica (es decir ligadura de trompas y vasectomía)
- Ultrasonido relacionado con embarazos de alto riesgo o complicaciones neonatales

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Asesoría para casos de aborto
- Abortos salvo cuando un médico certifique que la vida de la madre se encontraría en peligro si se completa el periodo del embarazo
- Ensiminación artificial
- Anticonceptivos que no requieren de receta médica tales como condones, espumas y jaleas espermicidas
- Pruebas de diagnóstico para determinar el sexo del bebé
- Pruebas de diagnóstico para establecer la paternidad del niño
- Transferencias de embrión
- Fertilización in vitro
- Clases de parto natural
- Visitas al hogar posteriores al parto por razones no médicas
- Hospitalización post parto de un infante para que pueda permanecer con la madre (cuando la madre requiere tratamiento continuo y el recién nacido no)
- Hospitalización post parto de una madre para que pueda permanecer con el recién nacido (cuando el recién nacido requiere tratamiento continuo y la madre no)
- Operación reversa de la esterilización

Centros de Hospicio

Cubrimos el cuidado en centros para enfermos terminales con una esperanza de vida de seis meses o menos. Los beneficios de CHAMPVA se parecen mucho a los beneficios de atención en centros para enfermos terminales de Medicare. El programa está diseñado para brindar cuidado y confort a nuestros beneficiarios y enfatizar los servicios de soporte tales como control del dolor, cuidado en el hogar, y comodidad del paciente.

Es necesario contar con la preautorización pertinente. Véase *Recursos de Utilidad*, página 6, en donde encontrará la información de contacto. Se solicitará la siguiente información al proveedor de cuidados del centro:

- Número de identificación tributaria del centro para enfermos terminales
- Número de Medicare del proveedor de servicios para enfermos terminales
- Dirección del centro
- Condado en donde se encuentra ubicado el centro
- Dirección de remisión (donde se enviará el pago por correo)
- Nombre del médico a cargo del caso
- Nombre del médico del centro
- Diagnóstico
- Si la solicitud se refiere a un paciente internado, cuidado en el hogar o cuidado de reposo
- Certificado médico de enfermedad terminal
- Elección del paciente del centro (firmado por el paciente o por un representante del paciente en virtud de un poder para el cuidado de la salud)—las formas las proporcionará el centro
- Tasa de reembolso de viáticos (diarios) de Medicare por cuidados en un centro de hospicio
- Lista pormenorizada de los medicamentos o de cualquier otro servicio que no se incluya en los viáticos para el pago del centro para enfermos terminales

Qué **ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

- Asesoría para el paciente y el personal a cargo del cuidado
- Atención personal
- Asesoría nutricional
- Servicios de asistencia en el hogar bajo la supervisión de un enfermero inscrito (la notas del enfermero y el plan de tratamiento deberán adjuntarse a la facturación.)
- Servicios sociales médicos a cargo de un trabajador social calificado bajo la dirección de un médico
- Suministros médicos que forman parte de un plan de cuidados escrito
- Artículos para el confort personal relacionados con el alivio del dolor
- Productos farmacéuticos (drogas) principalmente para el alivio del dolor y el control de síntomas relacionados con enfermedades terminales
- Cuidado de relevo (proporcionado en instituciones tales como un hospital o en el hogar) El objeto es liberar a la persona a cargo del cuidado del paciente de las tareas propias del cuidado diario del paciente. El cuidado de relevo es de duración limitada.)
- Internamiento por un periodo corto de tiempo, tanto de relevo como de cuidado general, a cargo de un centro para enfermos terminales que participe en el programa, o institución de enfermeros especializados
- Terapia (fisioterapia, ergoterapia, logoterapia patológica) a fin de controlar los síntomas o permitir las actividades de vida básica y habilidades funcionales básicas

Servicios Para Pacientes Hospitalizados

Qué **ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

General:

- Cuidado intensivo
- Habitación privada y alimentación cuando sea médicamente necesario
- Habitación semi privada y alimentación

Servicios quirúrgicos:

- Servicios anestésicos (a cargo de otra persona que no sea un cirujano, obstetra o cirujano auxiliar)
- Procedimientos de diagnóstico que requieren la aplicación de sedantes o anestesia, como por ejemplo endoscopia y biopsias
- Desviación intestinal, engrapado gástrico, gastroplastía (se aplican limitaciones; asimismo, la documentación médica deberá adjuntarse a la facturación)
- Procedimientos invasivos, incluyendo tratamiento de fracturas y dislocaciones
- Paniculectomía para corregir funciones del cuerpo (no para fines cosméticos. Se aplican limitaciones; asimismo, se deberá adjuntar la documentación médica a la facturación)
- Procedimientos quirúrgicos para un diagnóstico cubierto (que incluye cuidado pre y post operatorio)

Servicios profesionales como paciente internado:

- Asistiendo al médico (lo que incluye cuidado/visitas del médico que se reciban en el hospital o en otra institución especializada por un diagnóstico cubierto)
- Quimioterapia
- Cuidado simultáneo al paciente internado (el cuidado de un médico a un paciente confinado en un hospital cuando se requiera para tratar otra condición adicional a la especialidad del médico de atención primaria)
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico
- Consulta para la obtención de una segunda opinión por iniciativa del paciente a fin de determinar la necesidad médica
- Consultas a los especialistas médicos solicitadas por el médico a cargo del caso
- Cirujano auxiliar y, en caso de ser necesario por la complejidad del procedimiento quirúrgico que se está llevando a cabo (se deberá remitir documentación médica sustentatoria junto con la factura)

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Cirugía cosmética que se lleve a cabo para mejorar la apariencia física o para fines psicológicos
- Cuidado personal, hogares de retiro o de descanso, centros de reinserción social, y centros domiciliarios (hogar o lugar para residencia permanente)
- Artículos para el confort personal tales como teléfonos o televisores
- Servicios/suministros que podrían haberse (y son) prestados en forma rutinaria como paciente externo
- Personal de consulta que la política del hospital u otra institución requiera
- Cirugía por razones psicológicas
- Consultoría telefónica

Servicios de Salud Mental

Se requiere preautorización para la mayoría de los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas. Las solicitudes de preautorización se presentarán a nuestro contratista de salud mental, Magellan Behavioral Health (véase *Recursos de utilidad*, página 6). Los proveedores institucionales que brinden cuidado en centros de tratamiento residencial (CTR), instalaciones para hospitalización psiquiátrica parcial (PHP), e instituciones independientes para la rehabilitación por abuso de sustancias controladas deberán formar parte de la lista de proveedores aprobados por TRICARE o ser una institución certificada por Medicare.

Cualquier proveedor de salud mental independiente que cuente con la licencia y/o certificación conveniente podrá proporcionar servicios de salud mental.

Los proveedores que puedan brindar cuidados sin la referencia y supervisión del médico a cargo del caso son:

- Especialistas en enfermería psiquiátrica certificados
- Psicólogos clínicos
- Consejeros familiares

- Trabajador social clínico licenciado/titulado (Grado de Magister)
- Doctores en medicina (DM)
- Médico osteópata (DO)
- Psiquiatras

Los proveedores que requieren una referencia y supervisión del médico son:

- Asesores de salud mental
- Asesores pastorales

CUIDADO DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Cuidado agudo que incluirá habitación, alimentos, y otros servicios— será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA
- 30 días para los beneficiarios de 19 años de edad y más, por ejercicio fiscal (1 de octubre al 30 de setiembre) o durante un único episodio de cuidado
- 45 días por ejercicio fiscal para cuidado como paciente internado grave para beneficiarios de 18 años de edad o menos
- Una sesión de psicoterapia por día con un número máximo de siete (7) sesiones a la semana (en caso de más de siete (7) sesiones a la semana deberá contarse con la autorización del contratista de salud mental.)

El contratista de salud mental de CHAMPVA podrá considerar la renuncia al límite de 30 a 45 días.

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Cirugía cosmética realizada por razones psicológicas
- Internación del paciente principalmente para controlar o detener a un niño fugitivo

- Psicoterapia como paciente externo proporcionada mientras el beneficiario se encuentra participando en un programa como paciente internado

CUIDADOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- 23 sesiones de psicoterapia para pacientes externos por ejercicio fiscal (1 de octubre al 30 de setiembre) cuando sea médicamente necesario.
- Dos sesiones de psicoterapia a la semana individuales, familiares, colaterales o de grupo.
- Más de 23 visitas al año y más de dos visitas a la semana cuando se cuente con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA.
- Psicoterapia individual (limitada a 60 minutos a menos que se trate de alguna intervención por crisis).
- Sesiones individuales de psicoterapia de más de 50 minutos que hayan sido preautorizadas por el contratista de salud mental de CHAMPVA.
- Se permitirán múltiples sesiones en un mismo día en los casos de intervención por crisis y debidamente preautorizadas por el contratista de salud mental de CHAMPVA.

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Terapia grupal multifamiliar
- Asesoría en terapia para problemas sexuales o modificación del comportamiento sexual

PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARCIAL (PHPP)

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- 60 días por ejercicio fiscal (1 de octubre al 30 de setiembre)—será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental CHAMPVA

- Un programa de por lo menos 3 horas al día, y disponible 5 días a la semana (programa matutino, vespertino o de fin de semana)

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Psicoterapia como paciente externo mientras un beneficiario esté participando en un programa de hospitalización parcial (PHP)
- Servicios facturados por separado por el proveedor institucional (los PHP se pagan sobre la base de tarifas por viáticos integrales.)

CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL (CTR)

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- 150 días por ejercicio fiscal (1 de octubre al 30 de setiembre)—será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental CHAMPVA por lo menos dos días antes de la admisión.
- Cuidado en una institución que cuente con la autorización de TRICARE
- Cuidado de adolescentes de 18 años o menos (o menores de 21 años en caso de tratarse de un estudiante a tiempo completo)
- Cuidado cuando un psiquiatra recomienda el internamiento por tratarse de un desorden psiquiátrico diagnosticable y un psiquiatra o psicólogo clínico esté a cargo del plan de tratamiento. Nota: El plan de tratamiento deberá incluir una disposición para terapia familiar.
- Terapia para Familia Geográficamente Distante (TFGD) cuando se cuente con la autorización del contratista de salud mental

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Internamientos cuyo fin primordial sea la rehabilitación por abuso de sustancias controladas
- Ausencias terapéuticas

BENEFICIOS PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL POR ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

De acuerdo con CHAMPVA, usted tiene derecho a tres (3) periodos de beneficio para tratamiento por abuso de sustancias controladas a lo largo de su vida. Un periodo de beneficio se inicia la primera fecha de tratamiento

cubierto y termina 365 días después (independientemente de la totalidad de los servicios usados dentro de un periodo de beneficio de un año).

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Rehabilitación externa
 - 60 sesiones de terapia de grupo para la rehabilitación de pacientes externos, cuando sea médicamente necesario, por periodo de beneficio (la terapia individual no se encuentra bajo la cobertura de rehabilitación por Problemas de abuso de sustancias controladas)
 - 15 sesiones por periodo de beneficio para terapia familiar que se brindará sobre la base de paciente externo
- Desintoxicación
 - Servicios como paciente internado por desintoxicación. Será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA
 - Limitado a 7 días por admisión con un límite de 30 a 45 días de internamiento para fines de salud mental.
 - La desintoxicación sólo puede aprobarse si el cuidado se encuentra bajo supervisión médica general.
- Rehabilitación mediante internamiento y hospitalización parcial
 - Servicios preautorizados según aprobación del contratista de salud mental de CHAMPVA.
 - Limitado a no más de una estadía como paciente internado durante un solo periodo de beneficio de 21 días.
 - Limitado a tres periodos de beneficio o rehabilitación por vida.

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Terapia de aversión
- Cuidado / servicios domiciliarios incluyendo centros de reinserción social instituciones para cura de descanso

OTROS BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Trastornos por deficiencia de atención e hiperactividad (ADD o ADHD)

- Intervención en caso de crisis: Psicoterapia individual de más de 60 minutos o terapia familiar de 90 minutos. Será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA
- Trastornos en la alimentación. Será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA
- Tratamiento electroconvulsivo (TEC)
- Administración farmacológica psicotrópica
- Evaluación psicológica, limitada a 6 horas por año fiscal (del 1 de octubre al 30 de setiembre). Será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA para evaluaciones de más de seis horas.
- Psicoanálisis a cargo de un graduado o postulante de un instituto de capacitación en psicoanálisis reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana. Será necesario contar con la preautorización del contratista de salud mental de CHAMPVA

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Acupuntura/acupresión
- Biorregulación para condiciones de salud mental
- Tratamiento con dióxido de carbono
- Cuidado por comportamiento antisocial
- Cuidado por trastornos de desarrollo específicos, problemas de aprendizaje, y otras condiciones no atribuibles a trastornos de salud mental
- Cuidados o suministros proporcionados o recetados por un familiar cercano
- Servicios de consejería / ayuda personal, es decir, asesoría nutricional, control del estrés, modificaciones del estilo de vida, servicios de consejería relacionados con el consumo de tabaco, prácticas sexuales seguras
- Tratamiento ordenado por la corte de conformidad con el cual se envía al paciente a un proveedor de tratamiento específico, y el programa de tratamiento es gratuito para el beneficiario
- Programas de mantenimiento de medicina en el que una medicina adictiva se sustituye por otra, como por ejemplo metadona por heroína

- Tratamiento por electro choques (EST) como refuerzo negativo
- Desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos ocular (visión) (DRMO)
- Educación general o especial
- Imágenes guiadas
- Tratamiento integral (tales como tratamientos bioenergéticos y ortomoleculares
- Hipnosis
- Trastornos de aprendizaje tales como problemas de lectura o dislexia, problemas con la matemática, problemas de escritura y/o trastornos de aprendizaje que no se especifiquen de otro modo
- Tratamiento superficial por problemas afectivos estacionales (DEA)
- Tratamiento de resistencia
- Consejería matrimonial
- Tratamiento megavitamínico
- Expansión de la memoria o psicoterapia electiva, es decir terapia Z y meditación trascendental, tratamientos ecológicos ambientales, tratamiento primario
- Terapia grupal multifamiliar
- Narcoterapia con LSD
- Psicoterapia dentro de 24 horas de tratamiento electro convulsivo (ECT) o tratamiento con electro choques (EST)
- Rolfing
- Servicios a cargo de un proveedor que no cuenta con el título/certificación para la prestación de estos servicios
- Disfunción sexual, parafilias y trastornos de identidad sexual
- Consultoría telefónica

Servicios de Farmacia

Farmacia de venta al por menor de la localidad: Puede elegir cualquier farmacia. La tarjeta de miembro de CHAMPVA es su prueba de cobertura. Informe a la farmacia que no proporcionamos una tarjeta de cobertura especial para medicamentos para las recetas. Cuando usa una farmacia de venta al por menor de su localidad, puede solicitarnos el reembolso presentando una Forma de Reclamo CHAMPVA (Forma 10-7959a de AV), la declaración de farmacia pormenorizada (véase las páginas 84-85 de este manual) y la explicación de la declaración de beneficios de cualquier otro plan de cuidado de la salud que pueda haber pagado por el reclamo.

Medicinas por correo: Si ha presentado un Certificado de Otro Seguro de Salud de CHAMPVA vigente (Forma 10-7959c de AV) que respalde que usted no tiene otro plan de seguro de salud con cobertura de farmacia, puede usar Medicinas por Correo en el caso de los medicamentos que no sean urgentes y los de mantenimiento. **¡No tendrá necesidad de efectuar copagos, cumplir con requisitos de deducibles, ni presentar reclamos!** Las medicinas de mantenimiento recetadas se enviarán por correo a su hogar. Este programa es muy beneficioso y alentamos su uso.

A continuación presentamos una serie de aspectos importantes que deberá tener en cuenta al usar Medicinas por Correo:

- Para empezar a usar Medicinas por Correo, complete la Forma Pedido de Medicinas por Correo y Perfil de Paciente (véanse las páginas 107-110 en la que se consignan modelos de las formas).
- Medicamentos de mantenimiento (los que toma por un largo periodo de tiempo como por ejemplo medicamentos para la presión sanguínea, el corazón, artritis y dolores crónicos) se encuentran a disposición a través de Medicinas por Correo.
- Algunos medicamentos controlados se encuentran a disposición a través de este programa. Por ejemplo, Tylenol No. 3, Valium, Klonopin, y Vicodin se encuentran a disposición. Estos son medicamentos contenidos en los Anexos 3, 4, y 5 para medicamentos controlados (su médico le podrá decir si el medicamento que le ha recetado se encuentra en uno de estos anexos). La medicación de narcóticos tales como Percocet, Percodan, Ritalin, y Oxycontin NO se encuentra a disposición y deberán obtenerse en la farmacia de su localidad.

- La mayoría de las recetas se abastecen con sus equivalentes genéricos.
- Los medicamentos de venta directa que no necesitan receta no se encuentran cubiertos por CHAMPVA y no pueden obtenerse a través de Medicinas por Correo La ÚNICA excepción es en el caso de la insulina y los suministros relacionados con la insulina.
- Usted puede seguir usando la farmacia de su localidad en caso de medicamentos urgentes o algún otro medicamento que no se encuentre a disposición a través de Medicinas por Correo.
- Si contrata otro seguro de salud que incluya beneficios de farmacia, dejará de ser elegible para usar Medicinas por Correo.

Farmacias de la red Medical Matrix: Muchas farmacias usan el agente de facturación, Medical Matrix, que cuenta con una red de más de 45,000 farmacias. Si ha presentado una Forma de Certificación de Otro Seguro de Salud CHAMPVA (Forma 10-7959c de AV) y no cuenta con otro plan de seguro de salud que incluya cobertura de farmacia, puede usar esta red de farmacias. La ventaja para usted es que deberá pagar sólo el costo compartido del medicamento (una vez que se haya cumplido con el pago de deducible por paciente externo) y no existan reclamos pendientes de presentación. Para obtener información sobre las farmacias de su localidad que formen parte de la red Medical Matrix, refiérase a *Recursos de Utilidad*, página 4.

Qué ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Medicamentos y medicaciones, administrados por un médico o que se obtengan mediante receta, se encuentran cubiertos siempre que se cumpla con lo siguiente:
 - Medicamentos que tengan un Código de Medicamento Nacional (NDC) válido
 - El medicamento ha sido aprobado por el Departamento de Salud y la Administración de Alimentos y Medicamentos de Servicios Humanos (ACM) para el tratamiento de la condición para la que se administra
 - El medicamento es médicamente necesario y adecuado para el tratamiento de la condición cubierta para la que se administra

- Un proveedor autorizado receta el medicamento y este se suministra de acuerdo con las leyes estatales y los requisitos de licencia
- Insulina y suministros para el tratamiento de la diabetes (cubiertos aunque las leyes estatales no exijan receta)
- Oxígeno y suministros afines (incluyendo concentradores de oxígeno)
 - No se requiere preautorización.
 - Será necesario presentar un certificado de necesidad médica que incluya la tasa de flujo de oxígeno con la frecuencia de uso y duración, tiempo estimado durante el cual será necesario el uso de oxígeno, y el método de distribución. Se podrá usar un certificado de necesidad médica de Medicare o el médico podrá proporcionar esta información usando papel membretado.
 - Si el certificado de necesidad médica inicial muestra una necesidad indefinida o de por vida, no será necesario adjuntar una nueva receta a cada facturación siempre que el diagnóstico respalde una necesidad continua.

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Medicamentos cosméticos (es decir, Retin A, Botox)
- Programas de mantenimiento de medicina en el que una medicina adictiva se sustituye por otra (como por ejemplo metadona por heroína)
- Medicamentos experimentales, en etapa de investigación o no aprobados que no hayan sido aprobados por la ACM para su distribución comercial
- Medicamentos del Grupo C para pacientes con cáncer en etapa terminal (estos medicamentos se encuentran a disposición en forma gratuita en el Instituto Nacional del Cáncer a través de sus médicos licenciados)
- Los medicamentos de venta directa que se expendan sin necesidad de presentar una receta (salvo en el caso de insulina y suministros relacionados con la diabetes que se encuentren cubiertos aun cuando la ley no exija la presentación de un receta expedida por un médico)
- Medicamentos y productos para dejar de fumar
- Medicamentos para el control de peso

Cuidado Preventivo de La Salud

El cuidado preventivo incluye el diagnóstico y otros procedimientos médicos para pruebas periódicas de la salud que no se encuentren directamente relacionadas con una enfermedad específica, lesión o conjunto definitivo de síntomas.

Qué **ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

- Pruebas de detección de cáncer incluyendo pruebas colorectales, de la cavidad bucal, de la próstata, de la piel, testicular, mama y tiroides (se aplican algunas limitaciones)
- Radiografía de tórax antes de ser sometido a un procedimiento quirúrgico como paciente internado que involucre anestesia general
- Pruebas de detección de colesterol
- Electrocardiogramas (ECG) antes de ser sometido a un procedimiento quirúrgico como paciente internado que involucre anestesia general
- Evaluación genética y asesoría durante el embarazo en cualquiera de los siguientes casos
 - mujeres de 35 años de edad o más
 - uno de los padres ha tenido un hijo con anomalías congénitas
 - uno de los padres con un historial (personal o familiar) de anomalías congénitas
 - la madre contrajo rubéola durante el primer trimestre del embarazo
 - historia de fibrosis quística o trastornos genéticos recesivos
- Pruebas de cáncer para detección de cáncer mamario y anemia depreanocítica (se aplican limitaciones)
- Pruebas de VIH en caso de exposición al VIH o síntomas de infección
- Inmunizaciones (véase las siguientes tablas que muestran una X bajo la edad recomendada por el Centro de Control de Enfermedades (CDE) para cada inmunización). Su médico le informará si es apropiado para usted o para su hijo aplicarse estas inmunizaciones en base a las recomendaciones CDE y otros factores específicos. Los cuadros señalan las edades recomendadas para las vacunas. La actualización de las inmunizaciones se deberá llevar a cabo durante cualquier visita siempre que sea posible.

PROGRAMA RECOMENDADO DE INMUNIZACIONES

Edad Vacuna ↓	Naci- miento	1 Mes	2 Mes	4 Mes	6 Mes	12 Mes	15 Mes	18 Mes	24 Mes	4-6 Años	11-12 Años	14-17 Años
Hepatitis B												
B1	X	X	X									
B2		X	X	X								
B3					X	X	X				X	
<u>Difteria,</u> <u>Tetano,</u> <u>Pertusis</u>			X	X	X	X	X	X		X	X	X
<u>Hemofilia</u> <u>Gripe</u> <u>tipo b</u>			X	X	X	X	X	X		X		
Polio Inactivo			X	X	X	X	X	X		X		
Sarampion, Paperas, Rubela						X	X			X	X	X
Varicela						X	X	X	X	X	X	X
Neumococo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hepatitis A									X	X	X	X
Gripe					X	X	X	X	X	X	X	X

Información de los beneficios

EDAD → Vacuna ↓	18-24 Años	25-64 años	65+ años
Gripe	X	X	X
Neumococo	X	X	X
Sarampión	X	X	
Paperas	X	X	
Rubela	X	X	
Varicela	X	X	X
Tetano/Difteria (Td)	X	X	X
Polio	X	X	
Hepatitis B-4	X	X	X
Hepatitis A	X	X	X

- Tratamiento con isoniazida para personas con alto riesgo de tuberculosis
- Mamografías y pruebas de detección periódicas mediante radiografías mamarias (se deberá adjuntar la documentación médica a la facturación para demostrar el alto grado de riesgo—como por ejemplo historial familiar de cáncer a la mama, historial personal de cáncer a la mama, enfermedades benignas de la mama)

Edad	No Sintomas	Alto Riesgo
35-40	Una dosis	Anualmente
40+	Anualmente	Anualmente

- Pruebas periódicas de papanicolau para pacientes de 18 años de edad o más o menores de 18 años por recomendación de un médico clínico
- Exámenes físicos (que la escuela solicita para el proceso de inscripción) para estudiantes hasta los 17 años de edad
- Vacuna contra la rabia después de haber sido mordido por un animal
- Inmunoglobulina Rh cuando se administra a una mujer con Rh negativo durante el embarazo y luego del nacimiento de un niño con Rh positivo
- Tétano inmunoglobulina (humana) y vacuna antitetánica
- Pruebas de detección de tuberculosis
- Cuidado de niño sano hasta los 6 años de edad—el cargo por visita al consultorio puede incluir:
 - historia y examen físico
 - evaluación del desarrollo y del comportamiento
 - pruebas sensoriales (visión/audición)
 - revisión dental (el trabajo dental requiere preautorización)
 - pruebas de detección hereditaria y metabólica
 - guía y asesoría de salud (incluyendo lactancia materna y asesoría nutricional)
 - pruebas de laboratorio (hemoglobina, hemocrito, análisis de orina y de nivel de plomo en la sangre)

Qué NO ESTÁ cubierto (no incluye todos los casos)

- Servicios de consejería relacionados con el uso de tabaco, prácticas sexuales seguras, salud dental, etc.
- Exámenes requeridos por el empleo
- Exámenes de ojos/visión a menos que se requieran en relación con alguna enfermedad / lesión cubierta
- Exámenes de audición a menos que se relacionen con alguna enfermedad / lesión cubierta
- Exámenes físicos previos al empleo
- Exámenes físicos de rutina a menos que se relacionen con el cuidado de la salud del niño sano o los exámenes físicos requeridos por la escuela para estudiantes hasta los 17 años de edad

Cuidado en Instituciones de Enfermería Especializada

Una institución de enfermería especializada (SNF) proporciona servicios de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación a pacientes que necesitan cuidado durante las 24 horas del día bajo la supervisión de una enfermera o médico licenciado. Un servicio se considera un cuidado especializado cuando no puede brindarse a través de una persona especializada en medicina (o usted mismo) después de recibir las instrucciones convenientes. El cuidado especializado puede brindarse en instalaciones fuera del hospital o que pueden encontrarse en otra parte del hospital. Los servicios de enfermería especializados no requieren preautorización, sin embargo, todos los reclamos están sujetos a revisión médica. Se deberá adjuntar al reclamo la documentación médica que justifique la necesidad del cuidado diario. El cuidado SNF está limitado a periodos que se sustenten mediante documentos que demuestren claramente que este nivel de cuidado es médicamente necesario y adecuado.

Transplantes

Los transplantes deben ser preautorizados. El equipo de transplantes deberá presentar un resumen en el que se indique la necesidad médica y cualquier contraindicación del procedimiento junto con la solicitud de autorización.

Qué **ESTÁ** cubierto (no incluye todos los casos)

- Transplante alogénico de médula ósea
- Autotransplante de médula ósea
- Transplante de córnea
- Costos del donante cuando:
 - Tanto el donante como el receptor son beneficiarios de CHAMPVA
 - El donante es un beneficiario de CHAMPVA y el receptor no lo es
 - El donante es el patrocinador y el receptor es el beneficiario (en este caso, los costos del donante se pagarán como parte de los costos del receptor)
 - El donante no es un beneficiario de CHAMPVA pero el receptor si lo es
- Transplante de corazón
- Transplante de corazón y riñón
- Transplante de corazón y pulmones
- Transplante de riñón
- Transplante de hígado
- Transplante de hígado y riñón
- Transplante de pulmones
- Transplante multivisceral
- Transplante de páncreas

- Páncreas después de trasplante de riñón
- Trasplante simultáneo de páncreas riñón
- Trasplante de hemocitoblasto periférico
- Trasplante del intestino delgado
- Trasplante del intestino delgado y del hígado
- Trasplante del hemocitoblasto del cordón umbilical

Información Sobre Costos Pagos

Visión general

SUS COSTOS

Sus costos se dividen en dos. Primero, el cuidado como paciente externo (por ejemplo, farmacia y citas con el médico), por los que paga un deducible anual. Segundo, la mayoría de los servicios y suministros médicos están sujetos a un costo compartido (pago de deducible).

DEDUCIBLE ANUAL

El deducible anual (año calendario) de paciente externo es la cantidad que paga antes de que nosotros paguemos por un servicio o suministro médico como paciente externo. El deducible es de \$50 por beneficiario o un máximo de \$100 por familia al año. El deducible anual deberá pagarse antes de nosotros realicemos el pago del 75% del monto autorizado. A medida que se procesan los reclamos para determinar los servicios cubiertos, los cargos se abonan directamente a los deducibles individuales y familiares acumulativos requeridos por cada año calendario. No nos envíe cheques para el pago del deducible requerido.

No se aplicará deducibles por servicios como paciente internado, servicios en instituciones de cirugía ambulatoria, programas parciales diurnos de tratamiento psiquiátrico, servicios en hospicio, servicios proporcionados en instalaciones AV CITI, o por medicamentos que se reciben a través del programa Medicinas por Correo.

COSTO COMPARTIDO

Un costo compartido, o pago de deducible, es la parte del monto autorizado que determine CHAMPVA que usted debe pagar. Salvo ciertas excepciones, usted pagará parte del costo del cuidado médico que se le ha proporcionado. En lo que respecta a los servicios de pacientes externos cubiertos, pagamos hasta el 75% del monto autorizado que determine CHAMPVA después que se cumpla con pagar el deducible. En el caso de los costos compartidos para pacientes internados, por favor refiérase a la tabla contenida en esta sección bajo el título *Resumen de Costos y Pagos a CHAMPVA*, página 71.

No existen costos compartidos en el caso de los centros para atención de enfermos terminales o por los servicios que se reciban en las instalaciones médicas de AV. Esto incluye los artículos que formen parte del equipo médico durable que se obtengan a través de AV, los servicios que se reciban en instalaciones de AV bajo el programa CITI, o los medicamentos que se obtengan a través del programa de Medicinas por Correo.

TOPE CATASTRÓFICO

A fin de proporcionar protección financiera contra el impacto de las enfermedades largas o lesiones serias, hemos establecido un límite anual (por año calendario para los gastos realizados de su bolsillo por servicios cubiertos pagados por cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos de elegibilidad para CHAMPVA. Este es el límite máximo de gastos de su bolsillo en los que una familia puede incurrir por servicios y suministros cubiertos de CHAMPVA en un año calendario. El tope catastrófico de CHAMPVA es de \$3000 por año calendario.

Los abonos al tope catastrófico se aplican a partir del 1 de enero de cada año calendario y van hasta fines del año calendario, 31 de diciembre. Una vez alcanzado el límite, usted o los costos compartidos de su familia por los servicios cubiertos por el resto del año calendario serán condonados, y pagaremos el 100% del monto deducible por servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Cada vez que pagamos una factura, se calcula su deducible y el costo compartido y se abonan a su tope catastrófico. El monto acumulativo abonado a su tope catastrófico aparece en la explicación de los beneficios (EB) que recibe después del pago de los servicios. A pesar de que hacemos un seguimiento automático de los abonos al tope catastrófico, se le recomienda llevar un control de lo que paga por deducibles anuales y el monto que paga por sus gastos médicos cubiertos durante el año calendario. Para asegurar que todos los costos aplicables se apliquen adecuadamente, se sugiere revisar los EB con mucho cuidado a fin de determinar su exactitud y que nos reporte todas las inexactitudes de inmediato.

MONTO AUTORIZADO QUE DETERMINA CHAMPVA

El monto autorizado es el pago máximo que autorizará por un servicio o suministro médico cubierto. El monto autorizado se determina antes de los costos compartidos y la aplicación del deducible y otros pagos por seguro de salud. El monto autorizado que determine CHAMPVA es generalmente equivalente al monto autorizado por el programa TRICARE del Departamento de Defensa y Medicare por servicios similares.

PAGO TOTAL

El monto autorizado que CHAMPVA determine por servicios médicos y suministros constituye el pago total. El proveedor de servicios médicos no podrá facturarle la diferencia entre el monto facturado a nosotros y el monto autorizado que CHAMPVA determine. Sin embargo, usted es responsable por el pago de su costo compartido, cualquier deducible aplicable, y los servicios y suministros que no se encuentren cubiertos bajo CHAMPVA.

RESUMEN DE COSTOS Y PAGOS A CHAMPVA

BENEFICIOS	DEDUCIBLE?	USTED PAGA	CHAMPVA PAGA
Facilidad y Servicio de Cirugía Ambulatoria	No	CHAMPVA permite el 25%	CHAMPVA permite 75%
Servicios Profesionales	Si	CHAMPVA permite el 25% despues del deducible	CHAMPVA permite 75%
Equipo Medico Durable (EMD): No conseguido con Veteranos	Si	CHAMPVA permite el 25% despues del deducible	CHAMPVA permite 75%
Servicios de pacientes hospitalizados: Basado en (DRG)	No	Menos de: 1) cantidad por día X numero de días hospitalizado; 2) 25% de la cantidad del costo ; or 3) Precio del Grupo de Diagnóstico Relacionado (GDR)	CHAMPVA permite contribuir con menos del costo del beneficiario
Servicio de pacientes hospitalizados: No basados en (GDR)	No	CHAMPVA permite el 25%	CHAMPVA permite 75%
Salud Mental: Alto volumen/ Centro de Tratamiento Residencial CTR	No	CHAMPVA permite el 25%	CHAMPVA permite 75%
Salud Mental: Bajo volumen	No	Menos de: 1) cantidad por día X numero de días hospitalizado; o 2) 25% de la cantidad del costo	CHAMPVA permite contribuir con menos del costo del beneficiario
Servicio de pacientes no hospitalizados (ejemplo) visitas al doctor, laboratorio, radiología, asilo de ancianos, visitas de una enfermera especializada, ambulancia)	Si	CHAMPVA permite el 25% despues del deducible	CHAMPVA permite 75%
Servicios de Farmacia	Si	25% de CHAMPVA permitido despues del deducible	75% de CHAMPVA permitido
Conseguido con Veteranos (equipo medico durable [EMD], medicina por correo [MbM], iniciativa de tratamiento interno del programa [CITI])	No	Nada	100% del costo de Veteranos

Servicios Ambulatorios

Los cargos de las instalaciones vinculados a los procedimientos realizados en un centro de cirugía ambulatoria (incluye tanto las instalaciones hospitalarias y los centros quirúrgicos independientes) se basan en un sistema de pago en el que se ajusta una tarifa por procedimientos quirúrgicos a los costos locales. Nosotros pagamos el 75% del monto autorizado por los costos en los que se incurre en este tipo de instalaciones y usted paga el 25%. El monto autorizado por cirugía ambulatoria es el que sea menor del monto máximo autorizado que determine CHAMPVA o el cargo facturado.

Servicios Dentales

En el caso de servicios dentales autorizados, pagamos el 75% del monto autorizado después que se haya cumplido con el pago del deducible y usted paga el 25%. El monto autorizado por servicios dentales es el que sea menor del monto máximo autorizado que determine CHAMPVA o el cargo facturado.

Equipo Médico Durable

Equipo médico durable (EMD) que se obtenga a través de AV:

Pagamos el costo total de los artículos cubiertos que obtengamos a través de nuestra fuente AV. Usted no estará sujeto al pago de ningún costo (ni costo compartido o deducible).

EMD que se obtenga a través de un proveedor local: El monto autorizado que CHAMPVA determine es el que sea menor del monto máximo autorizado o el cargo facturado. Pagaremos el 75% del monto deducible una vez que se haya cumplido con el pago del deducible, y usted paga el 25%.

NOTA: Tal como se describe en la *Información de Beneficios*, página 33, se requiere preautorización para todo equipo médico durable (EMD) con un precio de compra o un costo total de alquiler de \$300 o más. Además de confirmar la necesidad médica, el proceso de preautorización del EMD nos brinda la oportunidad de determinar la mayor fuente económica para la compra del equipo requerido.

Cuidado de la Salud en el Hogar

Pagamos el 75% del monto autorizado una vez que se haya cumplido con el pago del deducible de paciente externo por los servicios cubiertos y usted es responsable del pago del 25% restante. El monto autorizado es el que sea menor del monto autorizado máximo que determine CHAMPVA o el cargo real facturado.

Servicios en Hospicios

No existe deducible ni requisitos de pago de costo compartido por servicios en centros para enfermos terminales. Nuestro monto autorizado se basa en las tarifas por servicios en centros para enfermos terminales a nivel nacional de Medicare. Existen tarifas predeterminadas de Medicare para el cuidado de rutina en el hogar; cuidado continuo en el hogar; cuidado de relevo como pacientes internados, y cuidado general como pacientes internados. Estas tarifas se actualizan cada ejercicio fiscal. Los servicios que proporciona el médico del centro para enfermos terminales se incluyen en la tarifa del centro.

Se realizan pagos por separado por servicios de cuidado directo a pacientes que brinda un médico de cabecera.

Servicios Para Pacientes Hospitalizados

No existen requisitos de deducible por servicios a pacientes internados.

Cargos por las instalaciones:

- Usamos un sistema de pago de Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) para calcular el costo de la mayoría de los servicios que se prestan en los hospitales para pacientes internados. Este sistema de pago se basa en un episodio de cuidado. Las tarifas de pago GRD se basan en un porcentaje del costo de cuidado local y el monto autorizado puede ser mayor o menor que el monto facturado. Este es por lo general equivalente a la tarifa de DoD TRICARE o de Medicare.
- De acuerdo con este sistema, pagamos el monto autorizado menos su costo compartido. Usted paga el monto que resulte el menor entre:
 - el monto anual ajustado por día multiplicado por el número de días de internamiento, o

- 25% de los cargos facturados por hospitalización, o
- la tarifa GRD.
- La tarifa GRD no se aplica a todas las instalaciones que reciben pacientes internados. Las tarifas GRD no se aplican a los hospitales de cáncer, sanatorios de Ciencia Cristiana, hospitales en el extranjero, hospitalizaciones de larga duración, hospitales que no forman parte de Medicare, institutos de servicios de enfermería especializados, hospitales de rehabilitación, y hospitales únicos de la comunidad (que están protegidos por una excepción especial de Medicare). Cuando las tarifas GRD no se aplican, pagamos el 75% del monto facturado por los servicios y suministros cubiertos y usted paga el 25%.

Servicios profesionales:

- Estos servicios incluyen los honorarios del médico y los servicios de anestesia. El monto autorizado que determine CHAMPVA es el que sea menor del monto máximo autorizado que determine CHAMPVA o el cargo facturado. Nosotros pagamos el 75% del monto autorizado y usted paga el 25%.

Servicios de Salud Mental

El monto autorizado por cuidado como paciente internado en hospitales psiquiátricos y en unidades psiquiátricas discretas dentro de hospitales que no usan el sistema de pago GRD se basa en una tarifa diaria. La tarifa diaria se basa en los costos determinados localmente. Los centros de tratamiento de alto volumen y bajo volumen pueden facturar de manera diferente por los servicios que prestan. Una institución en la que se trata a un gran número de beneficiarios CHAMPVA se considerará un centro de alto volumen mientras que un centro que atiende a pocos beneficiarios CHAMPVA se considerará una institución de bajo volumen.

Alto volumen: Sus costos compartidos por el cuidado en una institución de alto volumen (una institución con un total combinado de más de 25 admisiones CHAMPVA y TRICARE por ejercicio fiscal) ascenderán al 25% del monto autorizado de CHAMPVA. Esto incluye centros de tratamiento residencial (CTR). El monto autorizado es la que sea menor de la tarifa diaria fija de la institución específica multiplicada por el número de días autorizados en la institución o el cargo facturado.

Bajo volumen: Su costo compartido es el que sea menor del 25% del monto facturado o un monto diario multiplicado por el número de días que estuvo internado. El monto autorizado es el que sea menor entre la tarifa diaria fija regional ajustada anualmente, multiplicada por el número de días de internación cubiertos o el monto facturado.

Servicios profesionales: Existen otros cargos por servicios que no están incluidos en los cargos por tarifa diaria tales como los servicios del médico. Usted es responsable del pago del 25% del monto autorizado. El monto autorizado por estos servicios es el que sea menor entre el monto autorizado que determine CHAMPVA o el cargo real facturado.

Servicios Como Paciente no Hospitalizados

Una vez que se haya cumplido con el deducible, pagaremos el 75% del monto autorizado por servicios cubiertos y usted es responsable por el 25% restante. El monto autorizado por los servicios de paciente externo es el que sea menor entre el monto autorizado máximo que determine CHAMPVA o el cargo real facturado.

Servicios de Farmacia

Medicaciones que se obtienen en una farmacia local: El monto autorizado de CHAMPVA por servicios de farmacia es el promedio del precio de venta al por mayor (AWP) más la comisión por distribución de \$3.00. Nosotros pagamos el 75% del monto autorizado una vez cumplido el pago del deducible y usted paga el 25%. Si acude a una farmacia local, que no forma parte de la red Medical Matrix (véase *Servicios de farmacia*, página 58), la farmacia puede exigirle el pago del 100% de la factura luego de lo cual deberá remitirnos el reclamo para proceder al reembolso. Si acude a una farmacia local que forma parte de la red Medical Matrix, se le exigirá el pago del 25% del costo (después de cumplir con el deducible) en el momento en que recoja la receta y la farmacia nos enviará una factura por el resto del costo

Medicaciones que se obtienen a través de Medicinas por Correo: Nosotros pagaremos el costo total de las recetas cubiertas: Usted no deberá pagar costo alguno.

Medicaciones obtenidas a través de instituciones médicas AV que participan en el programa CITI: Nosotros pagaremos el costo total de las recetas cubiertas: Usted no deberá pagar costo alguno.

Medicaciones que se obtienen a través de su otro seguro de salud (OSS): El otro seguro de salud pagará primero. Le reembolsaremos su parte de deducible hasta el monto autorizado de CHAMPVA para las recetas cubiertas. Se deberá remitir la explicación de beneficios de OSS. En caso de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) no requerimos la documentación concerniente al costo real de la receta para procesar el reclamo. El pago de deducible HMO total se le reembolsará siempre que no exceda el monto que hubiéramos pagado en caso de que no hubiera tenido el otro seguro de salud.

Cuidado en Instituciones de Enfermería Especializadas

Nosotros pagamos el 75% del monto autorizado por servicios y suministros cubiertos y usted paga el 25%.

Otro Seguro de Salud (OSS)

Otro seguro de salud (OSS) es otro plan de salud que usted puede tener a través de su empleador, el empleador de su cónyuge, u otro programa del gobierno como Medicare. Los reclamos que involucran un pago de otro plan de seguro de salud pueden dar como resultado la reducción de los costos para usted o, dependiendo del pago combinado OSS Y CHAMPVA, ningún pago compartido. Usted o su proveedor deberán presentar el reclamo ante el otro plan de seguro antes de solicitar el pago a CHAMPVA. Una vez recibida la declaración de explicación de beneficios (EB) del otro asegurador, usted o el proveedor podrán presentar un reclamo CHAMPVA por el saldo. Además del EB del otro seguro de salud, los reclamos (facturación) deberán incluir la declaración de facturación pormenorizada del proveedor. Por favor asegúrese de que todos los documentos sean legibles.

Siempre somos el pagador secundario (por ley) a menos que reciba cuidado bajo el programa de Medicaid, Programa Estatal de Compensación a Víctimas de Crímenes, o que cuente con una póliza de seguro complementario de CHAMPVA. En estos casos, pagaremos primero.

DEFINICIONES

Pagador primario: Un plan de seguro de salud que pagará primero las facturas por servicios. Estos son por lo general, los planes de salud médica más importantes.

Pagador secundario: Un plan de seguro de salud que paga después de que el pagador primario ha determinado la parte del reclamo que pagará.

Seguro complementario: Un plan de seguro de salud que paga después de que el pagador primario ha determinado la parte del reclamo que pagará. Pagaremos antes que una póliza complementaria CHAMPVA, sin embargo, pagaremos después que una póliza complementaria de Medicare. Para mayor información, véase *Seguro de Salud Complementario*, página 82.

Coordinación de beneficios: Debemos tener conocimiento de la existencia del otro seguro de salud para saber cuando puede existir la posibilidad de doble cobertura. Sabiendo esto, podemos asegurar que no exista una duplicación de los beneficios pagados entre la cobertura del otro seguro de salud y CHAMPVA. La explicación de los beneficios de OSS proporciona la documentación necesaria para que coordinemos los beneficios y paguemos su reclamo de manera adecuada.

CERTIFICACIÓN OSS

Periódicamente, le pedimos que complete la Forma de Certificación OSS de CHAMPVA (Forma 10-7959c) y nos la remita a la dirección o FAX que se consigna en *Recursos de Utilidad*, página 4. **Deberá informarnos cualquier cambio de estado de OSS de cualquier miembro de su familia.** Si se cancela el OSS, se nos deberá notificar por escrito de inmediato. Si no cumple con brindarnos información exacta en lo que respecta a la cobertura OSS podría considerarse que es un caso de fraude. Si se determina que usted tenía otro seguro cuando pagamos como asegurador primario (primer), se iniciaría una acción para recuperar el monto pagado a usted y al proveedor por los servicios prestados. Si no cumple con presentar la certificación OSS podría dar como resultado que se denieguen los reclamos que presente a CHAMPVA.

COBERTURA CHAMPVA Y HMO

Si tiene un plan de organización de mantenimiento de la salud (HMO), compartiremos sus gastos de bolsillo (sus copagos bajo el HMO). Cuando

los servicios médicos se encuentren disponibles a través de su HMO y elija obtener cuidado fuera del HMO (por ejemplo, de un médico que no está asociado a su HMO o no sigue las reglas y procedimientos de su HMO para obtener el cuidado) no le pagaremos por ese cuidado médico. Al presentar la Certificación de OSS (Forma 10-7959c), incluya una copia de la información / programa de copagos de beneficios.

CHAMPVA Y MEDICARE

Cuando el pago por servicios y suministros cubiertos se puede hacer tanto por Medicare como por CHAMPVA, Medicare es el pagador primario. Por servicios del cuidado de la salud cubiertos que se encuentran comprendidos bajo la cobertura de ambos planes, a menudo usted no tendrá gasto de bolsillo alguno. El monto de pago de deducible de Medicare se publica anualmente en su manual de Medicare. Es importante tener presente que cuando usted tiene Medicare y CHAMPVA, debe seguir las reglas y procedimientos de Medicare en lo que respecta a los servicios cubiertos. En caso de que no cumpla con hacerlo, el servicio dejará de estar cubierto por CHAMPVA. Asimismo, si Medicare encuentra que el servicio no es médicamente necesario o adecuado, tampoco proporcionaremos la cobertura. Si usted o su proveedor no está de acuerdo con la decisión de Medicare, deberá apelar la decisión ante Medicare.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Parte A - Hospital			
Estar Hospitalizado desde 1-60 días	Todo menos los costos de la porción del Medicare	Su parte de la porción del Medicare	\$ 0
Estar Hospitalizado desde 61-90 días	Todo menos los costos de la porción del Medicare	El CHAMPVA paga todo menos del pago del Medicare. En la mayoría de casos, éste pagará la porción que no cubre Medicare	El saldo restante entre el pago de el CHAMPVA y la porción del Medicare. En la mayoría de casos, usted no tendrá gastos de su bolsillo.
Estar Hospitalizado desde 91-150 días	Todo menos los costos de la porción del Medicare	El CHAMPVA Permite menos del pago del Medicare. En la mayoría de casos, éste cubrirá, la porción que no cubre Medicare	El saldo restante entre el pago de el CHAMPVA y la porción del Medicare. En la mayoría de casos, usted no tendrá gastos de su bolsillo.
Estar Hospitalizado >150 días	\$ 0	Más del costo permitido por CHAMPVA, éste contribuye con menos del costo del beneficiario	25% de la cantidad del recibo o porción diaria X el número de días hospitalizado no excediendo al máximo de \$3000.
Parte A – Facultad de Enfermería Especializada (SNF)			
1-20 días	Haber estado 3 días hospitalizado antes de requerir a la facultad de enfermería especializada (SNF) 100% del Medicare	Haber estado 3 días hospitalizado antes de requerir a la facultad de enfermería especializada (SNF) El CHAMPVA permite (cantidad del costo) menos del pago de Medicare	\$ 0
21-100 días	Todo menos los costos del Medicare	El CHAMPVA permite (cantidad del costo) menos del pago del Medicare	En la mayoría de casos, \$ 0
>100 días	\$ 0	75% de lo que CHAMPVA permite	25% de lo que CHAMPVA permite

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Parte B – Pacientes Hospitalizados			
	(después de alcanzar los \$100 de deducible)	(después de alcanzar los \$50 de deducible)	
Cuidado médico de pacientes no hospitalizados incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al doctor • Equipo Médico Durable • Exámenes de cáncer por computadora • Mamogramas • Prueba de cáncer • Vacunas (incluyendo la gripe) • Suministros para Diabetes (examinadores de tira, monitores, etc.) • Entrenamiento para manejo de Diabetes • Medición de Masa Ósea (Hueso) 	80% de la cantidad del Medicare permitido	En la mayoría de casos, El CHAMPVA cubrirá la porción del Medicare y una parte del deducible del paciente hospitalizado	En la mayoría de casos, \$ 0
Laboratorio Clínico	100% del Medicare permitido	El CHAMPVA reconoce menos del pago del Medicare	\$ 0 *
Visitas de salud Mental	50% del Medicare permitido	El CHAMPVA reconoce menos del pago del Medicare	En la mayoría de casos \$0
Hospicio Medicinas de pacientes hospitalizados Cuidado prolongado	100% del Medicare permitido Todo menos \$5 por receta médica 95% del Medicare permitido	El CHAMPVA reconoce menos del pago del Medicare	\$ 0 *
Farmacia	\$ 0 (Con pocas excepciones)	Venta al por menor: 75% de la cantidad permitida Medicina por correo: 100%	25% de la cantidad permitida por CHAMPVA \$ 0

*En los casos en que Medicare ha pagado el 100% del monto autorizado que representa el pago total, en la mayoría de los casos, no deberá incurrir en ningún tipo de gasto de bolsillo.

Asimismo, por favor tenga presente lo siguiente:

- El deducible total por paciente internado de Medicare por los primeros 60 días está cubierto por CHAMPVA.
- CHAMPVA cubrirá una parte de su deducible de paciente externo de Medicare.
- Para los servicios de cuidado pagaderos sólo bajo un plan, y no bajo ambos, usted continuará siendo responsable por el pago del costo compartido y el deducible aplicable de Medicare o CHAMPVA.
- El cuidado personal no se encuentra comprendido bajo la cobertura de CHAMPVA.
- Las primas de Medicare Parte B no están cubiertas por CHAMPVA.

CHAMPVA Y MEDICAID

En los casos en que también sea elegible para Medicaid, nosotros nos convertimos en el pagador primario. En aquellas situaciones en que Medicaid pueda haber efectuado el pago por los servicios y suministros médicos primero, nosotros reembolsaremos a la agencia de Medicaid pertinente el monto que hubiéramos pagado en caso de que no se contara con los beneficios de Medicaid o el monto que Medicaid haya pagado, el que sea menor.

CHAMPVA Y EL PROGRAMA ESTATAL DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Siempre somos los pagadores primarios por los servicios a los que usted es elegible bajo un Programa Estatal de Compensación a Víctimas de Crímenes.

CHAMPVA Y EL SEGURO DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO

No cubrimos servicios y suministros médicos que se proporcionen para tratar alguna enfermedad o lesión relacionada con el trabajo cuando se encuentren a disposición beneficios de conformidad con programa de compensación por accidentes de trabajo. Usted es el responsable de solicitar los beneficios por accidentes de trabajo. Si hace uso total de los beneficios de compensación por accidentes de trabajo disponibles, nosotros efectuaremos el pago por los servicios y suministros cubiertos. Proporcione una copia de la disposición final

del reclamo de compensación por accidentes de trabajo para evitar retrasos en el pago de futuros reclamos.

CHAMPVA Y EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD FRENTE A TERCEROS

En todos los casos en que exista un seguro de responsabilidad frente a terceros seremos los pagadores secundarios. Por ejemplo, si se encuentra involucrado en un accidente automovilístico deberá presentar un reclamo médico ante su compañía de seguro de automóviles (o la de la parte responsable) antes de presentarlo ante nosotros. Una vez recibida la declaración de explicación de los beneficios (EB) de la otra compañía de seguros de automóvil, usted podrá presentar un reclamo CHAMPVA por el saldo. Para asegurar que se cubran sus necesidades médicas, pagaremos los servicios médicamente requeridos mientras se determina la responsabilidad frente a terceros. Si se determina que la otra parte es responsable de la cobertura de la facturación, entablaremos una acción para cobrarle a usted o al otro seguro los pagos que hayamos efectuado.

SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO

Existen diversas compañías que ofrecen pólizas complementarias CHAMPVA. Después de que CHAMPVA (la póliza de seguro primaria) efectúa un pago por los servicios de cuidado de la salud, a menudo los gastos generales remanentes tales como deducibles y copagos se pagan bajo una póliza de seguro complementario. Si tiene una póliza que específicamente se obtuvo para fines de complementar CHAMPVA, calcularemos el monto autorizado máximo de CHAMPVA, pagaremos el reclamo, y luego podrá presentar el saldo adeudado por el reclamo al asegurador complementario.

No endosamos una póliza a otra compañía y deberá considerar con mucho cuidado las necesidades de su familia en lo que respecta a la cobertura adicional. Visite la página web de HAC en WWW.VA.GOV/HAC donde encontrará información sobre el seguro complementario. Se podrá obtener información adicional en Federal Publishing en WWW.FEDERALPUBLISHING.COM. Esta agencia no está afiliada al gobierno y no respaldamos sus productos o servicios.

Si tiene un plan complementario de Medicare, por favor tenga presente que pagaremos después del plan complementario de Medicare.

Instrucciones Para la Presentación de Reclamos

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Los reclamos (facturas por servicios) se enviarán a CHAMPVA, PO Box 65024, Denver, CO 80206-9024.

- Su nombre debe figurar en la forma de reclamo exactamente igual a como aparece en la tarjeta de miembro CHAMPVA.
- Consigne su número de seguro social en el reclamo. NO USE el número de seguro social del veterano.
- Si tiene otro seguro de salud (OSS), incluya una copia de la explicación de los beneficios del OSS.
- Conserve copias de todos los recibos, facturas, etc.
- Se requieren formas de reclamo por separado para cada paciente / beneficiario.
- Si no completa la Forma de Reclamo CHAMPVA 10-7959a, el pago se efectuará directamente al proveedor de cuidado de la salud en vez de a usted.
- En el caso de internaciones de pacientes, el pago se efectuará siempre al hospital ya sea que usted presente o no la facturación.
- Después de facturar a su otro seguro de salud, usted puede presentar un reclamo a CHAMPVA por el saldo.

RECLAMOS PRESENTADOS POR EL BENEFICIARIO

Al solicitar un reembolso por los servicios pagados al proveedor de servicios médicos, debe incluir lo siguiente:

- Forma de Reclamo CHAMPVA, Forma 10-7959a de AV,
- la declaración de facturación detallada del proveedor la cual incluirá toda la información que se enumera en *Reclamos presentados por el proveedor*, y
- una explicación de los beneficios (EB) si se ha enviado la facturación a otro seguro.

RECLAMOS PRESENTADOS POR EL PROVEEDOR

Los reclamos presentados por el proveedor deberán incluir lo siguiente:

- Una declaración de facturación detallada. Esta puede presentarse en una forma 1500 o UB-92 de HCFA. Se deberá proporcionar la siguiente información:
 - Nombre completo, dirección y número de identificación tributaria del proveedor
 - Dirección a la que se deberá enviar el pago
 - Dirección en la cual se prestaron los servicios
 - Condición profesional del proveedor (médico, enfermero, médico auxiliar, etc.)
 - Fecha específica de cada servicio prestado. Los rangos de fechas son aceptables sólo cuando son iguales al número de servicios / unidades de servicio
 - Cargos detallados por cada servicio
 - Código adecuado (ICD-9, CPT, HCPCS) por cada servicio
- Si se facturó a otro seguro de salud, proporcione una copia de su explicación de beneficios detallando qué pagaron. Algunas veces la definición / explicación de sus códigos se encuentra al dorso de su explicación de beneficios (por favor incluya también una copia de dicho texto).
- En algunos casos los registros o notas médicas deberán adjuntarse a la factura. El manual hace referencia a muchos de los servicios que requieren documentación médica tales como cuidado de enfermería especializada, salud en el hogar, fisioterapia, pruebas especializadas y algunos procedimientos quirúrgicos.

RECLAMOS DE FARMACIA

La mayoría de las farmacias nos presentan sus reclamos por vía electrónica. La siguiente información es necesaria para la presentación de reclamos de farmacia sin tener en cuenta si se presentan por vía electrónica o en papel e independientemente que los presente la farmacia o usted:

- Una declaración de factura / facturación que incluya:
 - Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia

- Nombre del médico que expide la receta
- Nombre, potencia, cantidad de cada medicamento
- El Código Nacional de Medicamento de cada fármaco
- Cargo por cada medicamento
- Fecha en que se abasteció la receta
- Si usted presenta la facturación, deberá remitir una Forma de Reclamo CHAMPVA (Forma 10-7959a de AV). Asimismo, presente los recibos de venta (recibo de la caja registradora) con la fecha y la cantidad de dólares que corresponda a la fecha y la cantidad de dólares que figure en la declaración de factura/facturación.
- Si usted presenta la facturación y tiene otro seguro de salud, deberá incluir el monto de su pago de deducible en el recibo.

ADÓNDE ENVIAR LOS RECLAMOS POR CORREO

Envíe los reclamos por correo a: VA Health Administration Center
 CHAMPVA
 PO Box 65024
 Denver, CO 80206-9024

FECHAS LÍMITES PARA LAS PRESENTACIONES

Puede presentar cualquier reclamo hasta un año después de la fecha en que recibió el servicio. En el caso del cuidado de pacientes internados, el reclamo deberá presentarse dentro de un año de la fecha en que es dado de alta. Los reclamos que se presenten después de las fechas límites serán denegados.

CÓMO OBTENER FORMAS ADICIONALES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Se podrán solicitar formas adicionales para la presentación de reclamos en cualquier momento (incluyendo la noche y los fines de semana) llamándonos y seleccionando la opción formas para la presentación de reclamos de nuestro menú de voz o imprimiendo una copia desde nuestra página web (véase página 4).

Derechos de Reconsideración y Apelación

La sección *Recursos de utilidad*, página 7, proporciona información de contacto para las solicitudes de reconsideración/apelación.

Lo que no se Considera Como una Apelación Formal

Si bien las siguientes decisiones respecto a un reclamo no son materia de apelación formal, el Departamento de Servicios al Cliente del Centro de Administración de la Salud AV, Programa CHAMPVA, revisa decisiones contrarias como las que se describen a continuación. El domicilio postal de *Servicios al Cliente* figura en la página 3.

- Denegaciones a reclamos por falta de información referente al código, Current Procedural Terminology (CPT), Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS), Internal Classification of Diseases (ICD9), National Drug Codes (NDC).
- Las decisiones sobre reclamos en las que solicitamos más información antes de tomar alguna acción sobre su reclamo. Ejemplos de estos casos pueden ser denegaciones de reclamos solicitando documentación médica, reportes de operación, planes de tratamiento, o un certificado de necesidad médica.
- Denegaciones de reclamos solicitando una carta de explicación de beneficios (EB) de su plan de salud primario o solicitudes de ajuste del monto del pago de seguro de salud primario, por error de cálculo.
- Errores de facturación (es decir, fecha incorrecta de servicios, códigos incompletos o faltantes, y/o cargos facturados) en los que se presenta una factura corregida para modificar el reclamo original.

Decisiones Referentes a la Elegibilidad

Usted tiene derecho a solicitar reconsideración o solicitar una apelación a la Junta de Apelaciones de Veteranos cuando deneguemos su elegibilidad para CHAMPVA.

Solicitud de reconsideración: Enviarnos una carta solicitando la reconsideración. La solicitud debe:

- presentarse por escrito dentro de un año a partir de la fecha de decisión denegando la elegibilidad.

- señalar por qué considera que la decisión es errada, e
- incluir información nueva y relevante que no se haya presentado con anterioridad.

Si no se identifica la razón de la disputa, se denegará la solicitud.

Después de revisar la solicitud de reconsideración así como la documentación sustentatoria, se le enviará una decisión escrita en caso de que no se pueda modificar la decisión originalmente adoptada. Si aún no está de acuerdo con la decisión, podrá solicitar una segunda revisión. Esta solicitud de revisión deberá presentarse dentro de 90 días de la fecha de la primera determinación de reconsideración. Deberá presentar su solicitud por escrito, señalando por qué considera que la decisión es errada, e incluir cualquier información adicional relevante.

Apelación a la Junta de Apelaciones de Veteranos: Envíenos una carta (también denominada Aviso de Desacuerdo) solicitando una apelación ante la Junta de Apelaciones de Veteranos. La solicitud debe presentarse por escrito dentro de un año a partir de la fecha de decisión denegando la elegibilidad.

Le enviaremos una Declaración del Caso. Este documento es un resumen de la evidencia relacionada con el asunto y las leyes y reglamentos aplicables que afectan la determinación. Esta Declaración del Caso se le enviará junto con una forma (Forma 9 de AV) que proporciona instrucciones sobre cómo presentar su solicitud ante la Junta de Apelaciones de Veteranos.

Decisiones Sobre la Autorización, Determinaciones de Beneficios o Pago de Reclamos por Servicios / Suministros Médicos

Tiene derecho a solicitar la reconsideración si no está de acuerdo con una decisión en lo que respecta a la autorización, determinaciones de beneficios o pagos de reclamos por servicios o suministros médicos. Una solicitud de reconsideración debe:

- Presentarse por escrito dentro de un año de la fecha de la explicación de beneficios (EB),

- Señalar por qué considera que el pago es erróneo,
- Incluir una copia de la EB u otra carta de determinación, y
- Presentar cualquier información nueva y relevante que no se haya considerado con anterioridad.

Si no se identifica la razón de la disputa, se denegará la solicitud.

Después de revisar la solicitud de reconsideración así como la documentación sustentatoria, a se enviará una decisión escrita en caso de que no se pueda modificar la decisión originalmente adoptada. Si aún no está de acuerdo con la decisión, podrá solicitar una segunda revisión. Esta solicitud de revisión deberá presentarse dentro de 90 días de la fecha de la primera determinación de reconsideración. Deberá presentar su solicitud por escrito, señalando por qué considera que la decisión es errada, e incluir cualquier información adicional relevante. La decisión sobre la apelación/reconsideración de segundo nivel es definitiva.

Decisiones Sobre Determinaciones Médicas Respecto a la Salud Mental (Tales como la Necesidad de o la Idoneidad de un Tratamiento Específico)

Primer nivel: Podrá solicitar la reconsideración del contratista de salud mental (Magellan) dentro de un año de la denegación. La solicitud deberá incluir el registro médico completo y las razones de la apelación. Presentar la solicitud ante Magellan Behavioral Health.

Segundo nivel: Si el contratista de salud mental no cambia la decisión original de denegar el servicio, se deberá presentar una solicitud de reconsideración al Programa del Centro de Administración de Salud de AV-CHAMPVA dentro de los 90 días de la decisión del contratista de salud mental. La solicitud deberá incluir el registro médico completo y las razones de la apelación. La decisión sobre la apelación/reconsideración de segundo nivel es definitiva.

ASUNTO DISPUTADO	¿DERECHO A RECONSIDERACIÓN?	¿DERECHO A APELAR AL CONSEJO DE VETERANOS APELADORES?
Elegibilidad a CHAMPVA	Si	Si
Decisiones de pago	Si	No
Medico/determinación de beneficios (incluyendo aquellos relacionados con cuidado de salud mental)	Si	No
Decisiones de preautorización	Si	No

Decisiones Inapelables

- Decisiones en las que un proveedor de servicios médicos es sancionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina del Inspector General (HHS-OIG).
 - Se podrá sancionar a los proveedores por no cumplir con mantener credenciales médicas adecuadas, fraude y abuso, incumplimiento con el pago de préstamos públicos, u otras razones diversas. Sólo el proveedor sancionado o los representantes nombrados pueden apelar esta decisión. La apelación también deberá dirigirse a la autoridad que impuso la sanción, la que en la mayoría de los casos es la HHS-OIG.
- Beneficios específicamente excluidos por reglamento.
 - Para mayor información véase la sección *Exclusiones Generales*, página 34.
- Determinaciones incapacidad relacionada con el servicio de un veterano
 - La determinación de las clasificaciones de incapacidad relacionadas con el servicio está a cargo de la Oficina de Administración Regional de Veteranos (ORAV) que maneja el archivo del veterano.
- El costo del monto compartido por un individuo.
- El monto del deducible anual por individuo o familia.

Acciones Sobre Reclamos

Explicación de Beneficios (EB)

La EB es un resumen de las acciones adoptadas en relación con el reclamo y contiene la siguiente información:

- monto facturado por el proveedor
- monto autorizado de CHAMPVA
- monto no cubierto
- monto pagado por otro plan o programa de seguro de salud
- tope catastrófico acumulado anual
- deducible acumulado del beneficiario y la familia
- pago(s) de CHAMPVA
- fecha(s) de servicio
- descripción del servicio
- nombre del proveedor
- observaciones

Cuando un proveedor presenta un reclamo, la EB se le envía tanto a usted como al proveedor. Cuando usted presenta un reclamo, la EB se le envía sólo a usted. Cuando un artículo del EMD u otro servicio de cuidado de la salud se recibe a través de una fuente AV, no se le enviará una EB.

Modelo de EB

Información solamente, no envíe cheque: Indique que no envía un cheque de la tesorería de USA. Cuando es un pago, se leerá cheque adentro.

Número(s) de Control: CHAMPVA el identificador específico del cliente (siempre comienza con 2 caracteres alfa).

El número de control del paciente: El identificador específico de reclamo del proveedor (no siempre está presente).

OSS paga: Cantidad pagada por otro seguro de salud incluyendo ajustes aplicados como resultado del acuerdo entre el proveedor y el OSS.

Sistema de manejo financiero Doc número de ID: Algunas veces comienza con HV, éstos 11 números dígitos, mas tarde ayudan a identificar pagos

Remarcas/Codigos: Un codigo en ésta columna relata la descripción narrative abajo.

Compartir Costos: Es responsabilidad del paciente hacer sus pagos al menos que haya OSS.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS
HEALTH ADMINISTRATION CENTER EXPLANATION OF BENEFITS

Page 1

THIS IS NOT A BILL. This is a statement of the action taken on your claim. Payment if indicated, will be mailed separately. Appeals must be submitted in writing to HAC Center, ATTN: Appeals, PO Box 65023, Denver CO 80206-9023

PATIENT: _____ DATE: _____
AUTH CARD #: _____ SSN: _____
DOB: _____

YR	DEDUCTIBLE		CAT CAP ACCRUAL
	INDIV	FAM	
01	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 696.18
00	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 377.64

Information only, no check enclosed.

CONTROL NUMBER	PROVIDER	DATES OF SERVICE FROM TO	DESCRIPTION OF SERVICE CODE/MODIFIER/MULTIPLIER	AMT BILLED	AMT ALLOWED	AMT NOT COVERED	REMARKS/ CODES
CA00000	OHI PAID: \$57.42	10/09/01 10/09/01	99214 OFFICE/OUTPATIENT V	\$ 74.28	\$ 74.28	\$ 0.00	
10-0000-00	HAC PAYMENTS: TO PROVIDER \$16.86		PATIENT PAID: \$0.00 COST SHARE \$18.57	\$ 74.28	\$ 74.28	\$ 0.00	356 360 319 222
TOTAL PAYMENTS:		TO PROVIDER \$16.86	TO PATIENT \$0.00				

REMARKS/CODES:
 1719: CHAMPVA ALLOWABLE IS PAYMENT IN FULL EFFECTIVE 10/9/98 PER 38 CFR 17.272 (b)
 1822: COST SHARE FOR CLAIM MAY NOT ALWAYS BE PATIENT LIABILITY; OHI/CAT CAP MAY IMPACT
 1356: REMINDER - MAIL CLAIMS TO: CHAMPVA, PO BOX 65024, DENVER CO 80206-9024
 1360: HEIGHTENED SECURITY-INCLUDE A RETURN ADDRESS ON THE ENVELOPE WHEN FILING CLAIMS
 HV741906743

CONDITIONS: OHI = OT
 59B AP

Ayude a Combatir el Fraude

Combatir el fraude y el abuso exige el esfuerzo conjunto de cada uno de nosotros. Una manera de ayudar es revisando su explicación de beneficios (EB) para asegurarse que los servicios que nos facturan se reportaron adecuadamente. En caso de que observara que un servicio y/o suministro facturado a nuestra cuenta que usted no haya recibido, por favor repórtelo de inmediato por escrito. Indique en su carta que está presentado una queja de fraude y presente la documentación pertinente referente a lo siguiente:

- Nombre y dirección del proveedor,
- Nombre del beneficiario que se incluyó en la lista como destinatario del servicio o artículo.
- Número de reclamo,
- Fecha del servicio en cuestión,
- Servicio o artículo que usted no cree que le haya sido prestado o entregado,
- La razón por la que considera que el reclamo no debió pagarse, e
- Información adicional sobre los hechos que muestren que el reclamo no debió pagarse.

CONSEJOS DE DETECCIÓN

Debe sospechar de las prácticas que involucran:

- Proveedores que como costumbre no le cobran sus costos compartidos (pago de deducible)
- Facturas de su proveedor por servicios que no ha recibido.
- Proveedores que facturan por servicios o suministros que son diferentes a los que recibió.

CONSEJOS DE PREVENCIÓN

- Proteja siempre su tarjeta CHAMPVA. Sepa a quién le da su número de identificación CHAMPVA. No dé su número de identificación a nadie por teléfono.
- Desconfíe de los proveedores que le dicen que por lo general no cubrimos un artículo o servicio en particular, pero que sabe cómo facturar por el artículo o servicio y lograr el pago.

Modelo de Formas

Formas

Las formas se encuentran a disposición en la página web en WWW.VA.GOV/HAC. Haga clic sobre *Forms* en el panel del lado izquierdo.

- Solicitud CHAMPVA VA Form 10-10d
- Forma de reclamo CHAMPVA VA Form 10-1059a
- Certificación OSS VA Form 10-7959c
- Registro de Medicinas por Correo (Sin número de forma)
- Formas para la facturación del proveedor HCFA-1500 y UB-92
- Solicitud de Autorización para entrega de registros médicos de información sobre la salud VA Form 10-5345D

Para ver e imprimir formas, debe tener Adobe Acrobat Reader versión 5.05. Esta aplicación se encuentra a disposición para descargarla gratis desde la página web, si aún no la ha descargado a su computadora.

SOLICITUD CHAMPVA FORMA 10-10d

Escriba su número de seguro social de veterano

VA Departamento de Asuntos de Veteranos		Aplicación a los Beneficios CHAMPVA			
VA Health Administration Center	CHAMPVA Elegibilidad	Apdo. Postal 469028	Denver, CO 80246-9028	1-800-733-8387	FAX 303-331-7809
Atención: Después de revisar el lado opuesto de esta forma, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamete) y retornele con una copia de la forma DD214 (EL reporte de salida o baja como Miembro Militar Activo) junto con la otra documentación requerida. Por favor NO exceda el espacio designado (es decir, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla).					
Sección I – Información del Responsable					
Apellido del Veterano	Nombre	SN	No. Seguro Social	VA No. de Registro (No. de Reclamo)	
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de área)		Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Fecha del Matrimonio (Día/Mes/Año)	
¿Ha el veterano fallecido?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Fecha de Muerte (Día/Mes/Año)	¿Ocurrió el fallecimiento mientras estaba en el servicio activo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Si no, vaya a la sec. II
Sección II – Información de Apicante (Si necesario, continúe en adiciones 10-10d y complete las totalmente)					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de área)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de área)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de área)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Sección III – Certificación					
Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) dictan cargos criminales cuando se comprueba que se someten escritos o reclamos falsos, ficticios o fraudulentos					
Certifico que la información es correcta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento y creencia. (Firme y feche la forma a la derecha.) Si la certificación es firmada por otra persona que no sea el apicante, complete lo siguiente.				Firma	Fecha
				X	
Apellido	Nombre	SN	No. Telefónico (incluya código de área)	Relación con Apicante(s)	
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal

Escriba su número de archivo C de veterano

Información de contacto del veterano

Información de contacto del dependiente

Firme la forma aquí

Escriba la fecha de hoy

FORMULARIO VA JUN 2003 (R) 10-10d

(retenga esta porción para sus registros)

Aplicación de Beneficios de CHAMPVA

Acta Privada: Toda la información recolectada está sujeta a las provisiones del Acta Privada 5 USC 552a.
Autoridad: Esta información es solicitada bajo incisos 38 USC 501 and 1781. **Divulgación:** Dar a conocer la información es voluntario, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de la elegibilidad a los beneficios CHAMPVA. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de AV por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

Acta de Reducción de Papelería: La recolección de esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 del Acta de Reducción de Papelería de 1995. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 5 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Demandantes deben darse cuenta que ninguna persona podría estar sujeta a cualquier pena por incumplimiento en la recolección de la información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. El propósito de esta recolección de datos es determinar la elegibilidad a los beneficios CHAMPVA.

FORMULARIO VA JUN 2003 (R) 10-10d

SOLICITUD CHAMPVA FORMA 10-10d COMPLETA

OMB No. 2900-0219
Tiempo Estimado: 10 minutos

 Departamento de Asuntos de Veteranos		Aplicación a los Beneficios CHAMPVA			
VA Health Administration Center	CHAMPVA Elegibilidad	Apdo. Postal 469028	Denver, CO 80246-9028	1-800-733-8387	FAX 303-331-7809
Atención: Después de revisar el lado opuesto de esta forma, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamete) y retorne con una copia de la forma DD214 (EL reporte de salida o baja como Miembro Militar Activo) junto con la otra documentación requerida. Por favor NO exceda el espacio designado (es decir, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla).					
Sección I – Información del Responsable					
Apellido del Veterano	Nombre	SN	No. Seguro Social	VA No. de Registro (No. de Reclamo)	
Doe	Jose	D	234567890	111222333	
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
500 Suave Sur Florida Avenida		Colorado Springs		CO	23456
No. Telefónico (incluya código de area)		Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Fecha del Matrimonio (Día/Mes/Año)	
(555)-444-3333		01/01/1950		02/26/1995	
¿Ha el veterano fallecido?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Fecha de Muerte (Día/Mes/Año)		¿Ocurrió el fallecimiento mientras estaba en el servicio activo?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Si no, vaya a la sec. II					
Sección II – Información de Apicante (Si necesario, continúe en adiciones 10-10d y complete las totalmente)					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Doe	Juan	J	123456789		
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
500 Suave Sur Florida Avenida		Colorado Springs		CO	23456
No. Telefónico (incluya código de area)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
(555)-444-3333	01/01/1969				hijo
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de area)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Apellido	Nombre	SN	No. Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal
No. Telefónico (incluya código de area)	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edades de Hijos 18 a 23 (mirar el reverso)	¿Es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Relación con el veterano (es decir, esposo(a), hijos, hijos adoptivos)
Si afirmativo adjunte copia de tarjeta de Medicare					
Sección III – Certificación					
Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) dictan cargos criminales cuando se comprueba que se someten escritos o reclamos falsos, ficticios o fraudulentos					
Certifico que la información es correcta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento y creencia. (Firme y feche la forma a la derecha.) Si la certificación es firmada por otra persona que no sea el aplicante, complete lo siguiente.			Firma		Fecha
			x		
Apellido	Nombre	SN	No. Telefónico (incluya código de area)	Relación con Apicante(s)	
Dirección de Calle		Ciudad		Estado	Código Postal

FORMULARIO VA JUN 2003 (R) 10-10d

(retenga esta porción para sus registros)

Aplicación de Beneficios de CHAMPVA

Appendix

Acta Privada: Toda la información recolectada está sujeta a las provisiones del Acta Privada 5 USC 552a.
Autoridad: Esta información es solicitada bajo incisos 38 USC 501 and 1781. **Divulgación:** Dar a conocer la información es voluntario, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de la elegibilidad a los beneficios CHAMPVA. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de AV por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

Acta de Reducción de Papelería: La recolección de esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 del Acta de Reducción de Papelería de 1995. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 5 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Demandantes deben darse cuenta que ninguna persona podría estar sujeta a cualquier pena por incumplimiento en la recolección de la información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. El propósito de esta recolección de datos es determinar la elegibilidad a los beneficios CHAMPVA.

FORMULARIO VA JUN 2003 (R)

10-10d

FORMA DE CERTIFICACIÓN OSS FORMA 10-7959c

4332419950 **OSS**  **Departamento de Asuntos de Veteranos** Número OMB 2900-0219
 Tiempo Estimado: 10 minutos

CERTIFICACION CHAMPVA DE OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS)
 Health Administration Center PO BOX 65023 Denver, CO 80206-9023 1-800-733-8387 www.va.gov/hac Fax (303) 331-7808
 no proveer la información solicitada resultará en atraso o negación de reembolsos hasta que la información de OSS se reciba.
 Este formulario se puede usar también para reportar cualquier cambio(s) en el status de otros seguros de salud.
POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES E INFORMACION AL DORSO DE LA PAGINA ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO

I: INFORMACION DEL BENEFICIARIO **USE UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA MIEMBRO FAMILIAR**

NOMBRE SN
 DIRECCION (NUMERO, CALLE, APARTADO POSTAL, APT #)
 SEXO M F
 ESTADO CODIGO POSTAL
 NO # (INCLUYA CODIGO DE AREA) # SEGURO SOCIAL
 SI NUEVA DIRECCION MARQUE

SECCION II: OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS) DEL BENEFICIARIO

¿TIENE MEDICARE? (SI AFIRMATIVO, ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE.)

PARTE A: SI NO PARTE B: SI NO
 FECHA EFECTIVA (DIA/MES/AÑO) FECHA EFECTIVA (DIA/MES/AÑO)

B. OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE, ¿TIENE O HA TENIDO OSS DESDE QUE ES ELEGIBLE A CHAMPVA? *
 SI SI AFIRMATIVO, COMPLETE LA SECCION III. ENVIE UNA COPIA DE SU NUMERO DE TARJETA (O) DE IDENTIFICACION O UNA COPIA DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE LA POLIZA. COMPLETE DESPUES LA SECCION IV. *MIRE EL REVERSO DE ESTA FORMA.
 NO SI NO, CONTINUE EN LA SECCION IV. LEA LA CERTIFICACION, FIRME LA Y FECHELA.

SECCION III: OTROS SEGUROS DE SALUD – OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE

PROVEEDOR DE SEGURO
 # DE POLIZA # TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE
 FECHA EFECTIVA: (DIA/MES/AÑO) FECHA DE VENCIMIENTO: (DIA/MES/AÑO)
 [USE SOLO LA FECHA DE VENCIMIENTO SI LA POLIZA YA NO ESTA ACTIVA]

¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO? SI NO
 ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA? SI NO
 ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE? SI NO SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J) (MIRE DEFINICIONES AL REVERSO)
 ¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS? SI NO

PROVEEDOR DE SEGURO
 # DE POLIZA # TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE
 FECHA EFECTIVA: (DIA/MES/AÑO) FECHA DE VENCIMIENTO: (DIA/MES/AÑO)
 [USE SOLO LA FECHA DE VENCIMIENTO SI LA POLIZA YA NO ESTA ACTIVA]

¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO? SI NO
 ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA? SI NO
 ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE? SI NO SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J) (MIRE DEFINICIONES AL REVERSO)
 ¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS? SI NO

SECCION IV: CERTIFICACION DEL BENEFICIARIO, RESPONSABLE O GUARDIAN LEGAL

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando **sabiendas se somete o hace falsos, ficticios o fraudulentos** declaraciones en los reclamos.

Certifico que la información de arriba es correcta de acuerdo a mis facultades y creencias. Si hay cualquier cambio en el estado del seguro del solicitante, me comprometo a notificar al Centro de Administración de Salud VA. Firmelo, féchelo y retórnalo a la dirección que aparece en la parte de arriba del formulario.

FIRMA: X FECHA:
 FORMA VA 10-7959c
 AGOSTO 2002 (T)

Si tiene cuidado médico (Medicare), escriba la información de Medicare parte A y B aquí

Su información de contacto

Si no tiene Medicare, pero tiene otro seguro de salud, marque el cuadro correspondiente a SI

Si marca la sección II (B) con si, entonces complete la sección III con la información del otro seguro de salud

Escriba la fecha de hoy aquí

Marque los cuadros Si o no para determinar si el otro seguro de salud es un suplemento de CHAMPVA o Medicare, y si el seguro cubre las medicinas

Firme aquí

FORMA DE CERTIFICACIÓN OSS FORMA 10-7959c COMPLETA

4332419950

OSS



Departamento de Asuntos de Veteranos

Número OMB 2900-0219
Tiempo Estimado: 10 minutos

CERTIFICACION CHAMPVA DE OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS)

VA Health Administration Center PO BOX 65023 Denver, CO 80206-9023 1-800-733-8387 www.va.gov/hac Fax (303) 331-7808

El no proveer la información solicitada resultará en atrazo o negación de reembolsos hasta que la información de OSS se reciba.

Este formulario se puede usar también para reportar cualquier cambio(s) en el status de otros seguros de salud.

POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES E INFORMACION AL DORSO DE LA PAGINA ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO

SECCION I: INFORMACION DEL BENEFICIARIO

USE UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA MIEMBRO FAMILIAR

APELLIDO D O E										NOMBRE J U A N										SN J	
DIRECCION (NUMERO, CALLE, APARTADO POSTAL, APT #) 5 0 0 S U A V E S U R F L O R I D A A V E																				SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
CIUDAD C O L O R A D O S P R I N G S										ESTADO C O					CODIGO POSTAL 2 3 4 5 6 - 1 2 3 4						
TELEFONO # (INCLUYA CODIGO DE AREA) 5 5 5 - 4 4 4 - 3 3 3 3										# SEGURO SOCIAL 1 2 3 - 4 5 - 6 7 8 8										SI NUEVA DIRECCION MARQUE <input type="checkbox"/>	

SECCION II: OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS) DEL BENEFICIARIO

A. ¿TIENE MEDICARE? (SI AFIRMATIVO, ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE.)

PARTE A: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										PARTE B: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
FECHA EFECTIVA (DIA/MES/AÑO) 0 9 0 4 1 9 9 9										FECHA EFECTIVA (DIA/MES/AÑO) 0 9 0 4 1 9 9 9									

B. OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE, ¿TIENE O HA TENIDO OSS DESDE QUE ES ELEGIBLE A CHAMPVA? *

SI SI AFIRMATIVO, COMPLETE LA SECCION III. ENVIE UNA COPIA DE SU NUMERO DE TARJETA(S) DE IDENTIFICACION O UNA COPIA DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE LA POLIZA. COMPLETE DESPUES LA SECCION IV. *MIRE EL REVERSO DE ESTA FORMA.

NO SI NO, CONTINUE EN LA SECCION IV. LEA LA CERTIFICACION, FIRMELA Y FECHELA.

SECCION III: OTROS SEGUROS DE SALUD - OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE

PROVEEDOR DE SEGURO G R A N D E B I F U R C A C I O N																			
# DE POLIZA 9 8 7 6 5 4 3 2 1										# TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE 5 5 5 - 4 4 4 - 3 3 3 3									
FECHA EFECTIVA: (DIA/MES/ANO) 0 9 0 4 1 9 9 9										FECHA DE VENCIMIENTO: (DIA/MES/ANO) [USE SOLO LA FECHA DE VENCIMIENTO SI LA POLIZA YA NO ESTA ACTIVA]									
¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO										¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									
¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J) (MIRE DEFINICIONES AL REVERSO) <input type="checkbox"/>									
¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO																			
PROVEEDOR DE SEGURO																			
# DE POLIZA										# TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE									
FECHA EFECTIVA: (DIA/MES/ANO)										FECHA DE VENCIMIENTO: (DIA/MES/ANO) [USE SOLO LA FECHA DE VENCIMIENTO SI LA POLIZA YA NO ESTA ACTIVA]									
¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J) (MIRE DEFINICIONES AL REVERSO) <input type="checkbox"/>									
¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			

SECCION IV: CERTIFICACION DEL BENEFICIARIO, RESPONSABLE O GUARDIAN LEGAL.

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando a sabiendas se somete o hace falsos, ficticios o fraudulentos declaraciones en los reclamos.

Certifico que la información de arriba es correcta de acuerdo a mis facultades y creencias. Si hay cualquier cambio en el estado del seguro del solicitante, me comprometo a notificar al Centro de Administración de Salud AV. Firmelo, féchelo y retórnalo a la dirección que aparece en la parte de arriba del formulario.

FIRMA: Juan Doe FECHA: _____

FORMA VA 10-7959c
AGOSTO 2002 (T)

FORMA DE RECLAMO CHAMPVA FORMA 10-7959a

Número OMB: 2900-0219
Carga Est.: 10 minutos
Fecha de Expiración: 31/03/2004

Departamento de Asuntos de Veteranos		Formulario de Reclamo CHAMPVA	
VA Health Administration Center		CHAMPVA	Apdo. Postal 65024 Denver CO 80206-9024 1.800.733.8387
<p>Instrucción: Después de revisar lo siguiente, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamete) y retornele en la requerida documentación. Limite las entradas a una letra por cuadro y NO exceda el espacio designado (por ejemplo, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla).</p> <p>Objetivo del formulario de reclamo: Este formulario se ha diseñado para ser completado por el paciente, persona responsable, o guardia mandatorio para todos los reclamos de beneficios. Este formulario de reclamo NO es para ser usado por los proveedores de servicios de salud.</p> <p>Otros seguros de salud (OSS): Si existen OSS, adjunte una Explicación de Beneficios (EDB) de OSS con un detalle de cobro de servicios al proveedor(s). Las fechas de servicio y cargos en la EDB deben de compaginar con el cobro de servicios.</p> <p>Tiempo requerido en el llenado de formulario: Los reclamos tienen que ser recibidos a más tardar durante un año de la fecha del inicio o, en el caso de una persona internada en un hospital, dentro de un año de la fecha de alta del hospital.</p> <p>Detalle de cobro de servicios: Un detallado cobro de servicios tiene que ser adjuntado y contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre del paciente, fecha de nacimiento y número de la Tarjeta de Autorización (Tarjeta-A) CHAMPVA (es el mismo número de seguro social del paciente); Nombre del proveedor, número de identificación tributaria (NIT), dirección y número telefónico; y fechas de servicio, detalle de los cargos y apropiados códigos de procedimientos/diagnosis de cada servicio (o sea códigos CPT-4, HCPCS, y ICD-9-CM), con sus respectivas descripciones narrativas. Recibos de la farmacia deberán incluir el nombre, cantidad, intensidad y NDC de cada medicina. 			
Sección I – Información del Paciente			
Apellido	Nombre	SN	Número de Seguro Social
Dirección de la Calle <input type="checkbox"/> Marcar con una x si es nueva dirección		Fecha de Nacimiento (Día/mes/Año)	
Estado		Código Postal	Número de Teléfono (incluya código de área)
Sección II – Información sobre Otros Seguros de Salud (OSS)			
<p>¿Tiene otros seguros de salud que deben ser reportados? Excepción para las pólizas suplementarias de CHAMPVA, CHAMPVA siempre será el pagador secundario. Si se necesita de más espacio, favor continuar en el mismo formulario en una pieza aparte de papel.</p> <p>¿Tiene el tratamiento relacionado a un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene el tratamiento no relacionado a un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está el paciente cubierto por otra compañía de seguros que incluya protección de un familiar (son excluidos otros secundarios o suplementarios)? <input type="checkbox"/> Si (Marque abajo el tipo de seguro y vea la información a la derecha)</p> <p><input type="checkbox"/> Patrocinador empleador (grupo privado (no grupo))</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare (Parte A o B)</p> <p><input type="checkbox"/> otros (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No (proceda a la Sección III)</p>			
Sección III – Información del Patrocinador			
Apellido	Nombre	SN	Número de Seguro Social
Sección IV – Certificación del Demandante			
<p>Leyes Federales 18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando alguien se somete o hace falsos, ficticios, o fraudulentos escritos o reclamos.</p> <p>Dar a Conocer la Información Médica: La firma en esta sección autoriza al proveedor de servicios del paciente a liberar la documentación de registros médicos relacionados a los servicios asociados con el reclamo. Este consentimiento se aplica a todos los registros médicos incluyendo los registros relacionados a las condiciones de tratamiento psicológico y psiquiátricos, abuso de drogas y alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección viral debido a inmunodeficiencia humana, y enfermedad de células fusiiformes.</p> <p>→ Certifico que la información de arriba y todos los documentos adjuntados están correctos y representan los servicios actuales, fechas y cargos incurridos. (Firma y fecha a la derecha.) Si la certificación está firmada por otra persona que no sea el paciente, complete la información, firmela y féchela.</p>			
Apellido	Nombre	SN	Relación con el Paciente
Dirección de la Calle		Número de Teléfono (incluya el código de área)	
Ciudad		Estado	Código Postal

Forma VA 10-7959a
JUL 1999 (R)

Escriba su apellido, primer nombre y segundo nombre

Si tiene un daño relacionado con el trabajo marque en el cuadro aquí

Escriba su número de seguro social aquí

Si tiene otro seguro de salud escriba la información de éste aquí

Escriba el número de seguro social de veterano aquí

Escriba la fecha de hoy aquí

Escriba el apellido, primer nombre, y la letra inicial del segundo nombre del veterano aquí

Firme la forma aquí

Si hay otra información de salud marque todos los cuadros correspondientes

FORMA DE RECLAMO CHAMPVA 10-7959a COMPLETA

Número OMB: 2900-0219
Cargo Est.: 10 minutos
Fecha de Expiración: 31/3/2004

 Departamento de Asuntos de Veteranos		Formulario de Reclamo CHAMPVA	
VA Health Administration Center		CHAMPVA Apdo. Postal 65024 Denver CO 80206-9024 1.800.733.8387	
Atención: Después de revisar lo siguiente, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamete) y retornele con la requerida documentación. Limite las entradas a una letra por cuadro y NO exceda el espacio designado (por ejemplo, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla).			
Uso del formulario de reclamo: Este formulario se ha diseñado para ser completado por el paciente, persona responsable, o guardian y es mandatorio para todos los reclamos de beneficios. Este formulario de reclamo NO es para ser usado por los proveedores de servicios de salud.			
Otros seguros de salud (OSS): Si existen OSS, adjunte una Explicación de Beneficios (EDB) de OSS con un detalle de cobro de servicios al proveedor(s). Las fechas de servicio y cargos en la EDB deben de compaginar con el cobro de servicios.			
Tiempo requerido en el llenado de formulario: Los reclamos tienen que ser recibidos a más tardar durante un año de la fecha del servicio o, en el caso de una persona internada en un hospital, dentro de un año de la fecha de alta del hospital.			
Detallado cobro de servicios: Un detallado cobro de servicios tiene que ser adjuntado y contener: <ul style="list-style-type: none"> • nombre del paciente, fecha de nacimiento y número de la Tarjeta de Autorización (Tarjeta-A) CHAMPVA (es el mismo número de seguro social del paciente); • nombre del proveedor, título, número de identificación tributaria (NIT), dirección y número telefónico; y • fechas de servicio, detalle de los cargos y apropiados codigos de procedimientos/diagnosis de cada servicio (o sea códigos CPT-4, HCPCS, y ICD-9-CM), con sus respectivas descripciones narrativas. Recibos de la farmacia deberán incluir el nombre, cantidad, intensidad y NDC de cada medicina. 			
Sección I – Información del Paciente			
Apellido		Nombre	
D O E		J U A N	
Dirección de la Calle		Número de Seguro Social	
5 0 0 S U A V E S U R F L O R I D A A V E		J 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Ciudad		Fecha de Nacimiento (Día/mes/Año)	
C O L O R A D O S P R I N G S		0 1 0 1 1 9 6 9	
Estado		Código Postal	
C O		2 3 4 5 6	
Número de Teléfono (incluya código de área)			
5 5 5 4 4 4 3 3 3 3			
Sección II – Información sobre Otros Seguros de Salud (OSS)			
Por ley tienen que ser reportados otros seguros de salud. Excepto para las pólizas suplementarias de CHAMPVA, CHAMPVA siempre será el pagador secundario. Si se necesita de más espacio, favor continuar en el mismo formulario en una pieza aparte de papel.			
¿Fue el tratamiento relacionado a un daño o condición de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Nombre de Compañía de Seguros (NCS)	
¿Fue el tratamiento no relacionado a un daño o accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		G R A N D E B I F U R C A C I O N	
¿Está el paciente cubierto por otra compañía de seguros que incluya protección a través de un familiar (son excluidos seguros secundarios o suplementarios)? <input type="checkbox"/> Si (Marque abajo el tipo de seguro y provea la información a la derecha)		Número de Póliza de NCS	
<input type="checkbox"/> Patrocinador empleador (grupo)		Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS	
<input type="checkbox"/> privado (no grupo)		9 8 7 6 5 4 3 2 1	
<input type="checkbox"/> Medicare (Parte A o B)		5 5 5 3 3 3 4 4 4 4	
<input type="checkbox"/> otros (especificar)		Nombre de Compañía de Seguros (NCS)	
<input type="checkbox"/> No (proceda a la Sección III)		Número de Póliza de NCS	
		Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS	
Sección III – Información del Patrocinador			
Apellido		Nombre	
Número de Seguro Social			
Sección IV – Certificación del Demandante			
Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando a sabiendas se somete o hace falsos, ficticios, o fraudulentos escritos o reclamos.			
Dar a Conocer la Información Médica: La firma en esta sección autoriza al proveedor de servicios del paciente a liberar la documentación de registros médicos relacionados a los servicios asociados con el reclamo. Este consentimiento se apeg a todos los registros médicos, incluyendo los registros relacionados a las condiciones de tratamiento psicológico y psiquiátricos, abuso de drogas y alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección viral debido a inmunodeficiencia humana, y enfermedad de células fusiformes.			
Certifico que la información de arriba y todos los documentos adjuntados están correctos y representan los servicios actuales, fechas y cargos incurridos. (Firma y fecha a la derecha.) Si la certificación está firmada por otra persona que no sea el paciente, complete la información, firmela y féchela.		Firma	Fecha
		x Juan Doe	01/02/03
Apellido		Nombre	
D O E		J O S E	
Dirección de la calle		Relación con el Paciente	
		D 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
Ciudad		Estado	
Código Postal		Número de Teléfono (incluya el código de área)	

Forma VA 10-7959a
JUL 1999 (R)

(retenga esta porción para sus registros)

Formulario de Reclamo CHAMPVA

Apéndice

Acta Privada: Toda la información recolectada esta sujeta a las provisiones de Acta Privada bajo el inciso 5 USC 552a. **Autoridad:** Esta información es solicitada bajo incisos 38 USC 501 y 1713; 10 USC 1079 y 1086. **Divulgación:** Es voluntario dar a conocer la información, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de futuro reclamos a los beneficios CHAMPVA. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de VA por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

Acta de Reducción de Papelería: La recolección de esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 del Acta de Reducción de Papelería de 1995. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 10 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Demandantes deben darse cuenta que a pesar de cualquier otra provision a la ley, ninguna persona debería estar sujeta a cualquier pena por incumplimiento con la recolección de la información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. El propósito de la recolección de estos datos es el de proveer un mecanismo de reclamos a los beneficios CHAMPVA.

Forma VA 10-7959a
JUL 1999 (R)

PERFIL DEL PACIENTE DE MEDICINAS POR CORREO

Favor de Completar Esta Hoja

Nombre de Pacient: _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro Social #: _____ Sexo : M F

<u>ALERGIAS</u>		<u>CONDICIONES MEDICAS</u>	
<input type="checkbox"/> NIGUN	<input type="checkbox"/> CODEINE	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INTESTINAL
<input type="checkbox"/> AMPICILLIN	<input type="checkbox"/> ERYTHROMYCIN	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> PULMONAL
<input type="checkbox"/> ASPIRIN	<input type="checkbox"/> PENICILLIN	<input type="checkbox"/> CORAZON	<input type="checkbox"/> THYROID
<input type="checkbox"/> CEPHALOSPORINS	<input type="checkbox"/> SULFA	<input type="checkbox"/> ALTA PRECION	
<input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICA) _____		<input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICA) _____	

FRIMA _____ RELACION DE BENEFICIARIO _____ FECHA _____

Escriba su nombre aquí

Escriba su número de seguro social aquí

Escriba su fecha de nacimiento aquí

Escriba su sexo aquí

Por favor firme su nombre aquí

Marque en la lista cualquier condición de salud o alergia que tenga

Complete aquí si la persona que firma es el guardian legal

Por favor escriba la fecha

Enviar a: **Meds by Mail**
PO Box 20330
Cheyenne, WY 82003-7008

PERFIL DEL PACIENTE DE MEDICINAS POR CORREO COMPLETA

Favor de Completar Esta Hoja

Nombre de Paciente: Juanita J. Doe Fecha de Nacimiento 01/01/1954

Seguro Social #: 123456789 Sexo : M F

ALERGIAS

- NIGUN
- AMPICILLIN
- ASPIRIN
- CEPHALOSPORINS
- OTRAS (ESPECIFICA) _____
- CODEINE
- ERYTHROMYCIN
- PENICILLIN
- SULFA

CONDICIONES MEDICAS

- DIABETES
- GLAUCOMA
- CORAZON
- ALTA PRECION
- OTRAS (ESPECIFICA) _____
- INTESTINAL
- PULMONAL
- THYROID

Juanita J. Doe

FRIMA

RELACION DE BENEFICIARIO

09/07/2003

FECHA

FORMA PARA PEDIDO DE MEDICINA POR CORREO

Mande la forma a ésta dirección

Medicinas por Correo

un servicio de pedido de medicinas para beneficiarios calificados a CHAMPVA.

Formulario de Pedido

Medicinas por Correo

Apdo. Postal 20330

Cheyenne WY 82003-7008

1-888-385-0235

Nuevas Prescripciones y/o Solamente Pedidos Iniciales

ADVERTENCIA: NO posponga tomar medicamentos una vez que hayan sido recomendados! En vista de que el pedido de Medicinas por Correo se puede tardar hasta 21 días de la fecha en que fueron ordenadas, haga que su doctor le escriba dos (2) prescripciones—una para ser LLENADA INMEDIATAMENTE por su farmacia local y la otra para ser ENVIADA INMEDIATAMENTE a Medicinas por Correo con el Formulario de Pedido de medicinas completo. Para asegurarse que no hay interrupción en la medicinas que toma mientras espera su pedido de Medicinas por Correo, cerciorese que la prescripción de la farmacia local es adecuada por lo menos para unos 30 días de existencias de medicinas.

INSTRUCCIONES: Este Formulario de Pedido tiene que ser llenado/completado por el beneficiario/miembro familiar (o por el doctor) para prescripciones NUEVAS durante un tratamiento (como aquellas medicinas requeridas durante los periodos de tiempo). Para ordenar la MISMA medicina basado en previas prescripciones enviadas a través de Medicinas por Correo, mire las instrucciones de abajo—NO use este Formulario de Pedido. Mientras este formulario es diseñado para tratar con multiples prescripciones, esta limitado para un solo beneficiario—se requiere un Formulario de Pedido separado por cada Medicinas por Correo adicional que cada miembro familiar necesite. Para tramitar un pedido inicial, simplemente envíe lo siguiente información a la dirección de ARRIBA (NO envíe ordenes al Centro de Administración de Salud AV en Denver):

- 1) prescripción original (no copias) con el número de prescripción del doctor en la Agencia de Control de Drogas (ARD) o en ingles Drug Enforcement Agency (DEA) (se limita a 90 días de abastecimiento por ordenes de la misma medicina—no excederse por más de un (1) año); y
- 2) un Formulario de Pedido de Medicinas por Correo completamente lleno

Ordenes de la Misma Medicina

En vez de usar este Formulario de Pedido el cual esta diseñado exclusivamente para prescripciones NUEVAS, ordenes de la misma medicina son elaboradas en la **papeleta de pedido de la misma medicina** que acompaña todas las prescripciones que tienen ordenes pendientes para llenarse. Ordenes de pedido de la misma medicina tienen que ser elaboradas usando la papeleta de pedido de la misma medicina—**NO se aceptan ordenes por teléfono**. Para asegurar el envio de la medicina a tiempo, retorne su papeleta de pedido de la misma medicina tan pronto como le sea posible y no más tarde que 21 días antes de que se necesite la medicina.

Información de la Prescripción/Paciente

(por favor IMPRIMA la información de abajo y adjunte la prescripción original por cada medicamento solicitado)

Nombre del Beneficiario (Apellido, Nombre, SN)		NSS del Beneficiario	Fecha del Pedido
Prescripción	Nombre del Medicamento	Nombre del Doctor	
1			
2			
3			

(Si es necesario continúe al reverse de la página)

Información de Envío Postal

(indique donde la prescripción será enviada—por favor IMPRIMA)

Nombre	No. de Teléfono durante el día ()
Dirección <input type="checkbox"/> Si es una nueva dirección, marque con una X	

Si necesita Formularios de Pedido adicionales usted puede fotocopiar un formulario en blanco o llame al Centro de Medicinas por Correo al 1-888-385-0235, entre las horas de 7:30 a.m. a 11:30 a.m. (Tiempo de Montaña), de Lunes a Viernes. La fotocopiada, por favor asegúrese que está copiada al dorso (de página 1 a página 1).

Por favor escriba su nombre aquí

Por favor indique si la dirección arriba es la dirección de archivo o es nueva dirección

Escriba su número de seguro social

Escriba la fecha de orden aquí

Escriba el nombre del médico quien receta la medicina

Por favor escriba el nombre de cada medicina aquí

Escriba la dirección exacta donde la medicina debe ser enviada

Escriba su número de teléfono donde localizarlo en el día aquí

FORMA PARA PEDIDO DE MEDICINA POR CORREO COMPLETA

Medicinas por Correo

un servicio de pedido de medicinas para beneficiarios calificados a CHAMPVA

Formulario de Pedido

Medicinas por Correo

Apdo. Postal 20330

Cheyenne WY 82003-7008

1-888-385-0235

Nuevas Prescripciones y/o Solamente Pedidos Iniciales

ADVERTENCIA: NO posponga tomar medicamentos una vez que hayan sido recomendados! En vista de que el pedido de Medicinas por Correo se puede tardar hasta 21 días de la fecha en que fueron ordenadas, haga que su doctor le escriba dos (2) prescripciones—una para ser LLENADA INMEDIATAMENTE por su farmacia local y la otra para ser ENVIADA INMEDIATAMENTE a Medicinas por Correo con el Formulario de Pedido de medicinas completo. Para asegurarse que no hay interrupción en la medicinas que toma mientras espera su pedido de Medicinas por Correo, cerciorese que la prescripción de la farmacia local es adecuada por lo menos para unos 30 días de existencias de medicinas.

INSTRUCCIONES: Este Formulario de Pedido tiene que ser llenado/completado por el beneficiario/miembro familiar (NO por el doctor) para prescripciones NUEVAS durante un tratamiento (como aquellas medicinas requeridas durante largos períodos de tiempo). Para ordenar la MISMA medicina basado en previas prescripciones enviadas a través de Medicinas por Correo, mire las instrucciones de abajo—NO use este Formulario de Pedido. Mientras este formulario está diseñado para tratar con múltiples prescripciones, esta limitado para un solo beneficiario—se requiere un Formulario de Pedido separado por cada Medicinas por Correo adicional que cada miembro familiar necesite. Para tramitar un pedido inicial, simplemente envíe lo siguiente información a la dirección de ARRIBA (NO envíe ordenes al Centro de Administración de Salud AV en Denver):

- 1) prescripción original (no copias) con el número de prescripción del doctor en la Agencia de Control de Drogas (ARD) o en inglés Drug Enforcement Agency (DEA) (se limita a 90 días de abastecimiento por ordenes de la misma medicina—no excederse por más de un (1) año); y
- 2) un *Formulario de Pedido de Medicinas por Correo* completamente lleno

Ordenes de la Misma Medicina

En vez de usar este Formulario de Pedido el cual esta diseñado exclusivamente para prescripciones NUEVAS, ordenes de la misma medicina son elaboradas en la **papeleta de pedido de la misma medicina** que acompaña todas las prescripciones que tienen ordenes pendientes para llenarse. Ordenes de pedido de la misma medicina tienen que ser elaboradas usando la papeleta de pedido de la misma medicina—**NO se aceptan ordenes por teléfono**. Para asegurar el envío de la medicina a tiempo, retorne su papeleta de pedido de la misma medicina tan pronto como le sea posible y no más tarde que 21 días antes de que se necesite la medicina.

Información de la Prescripción/Paciente

(por favor IMPRIMA la información de abajo y adjunte la prescripción original por cada medicamento solicitado)

Nombre del Beneficiario (Apellido, Nombre, SN)		NSS del Beneficiario	Fecha del Pedido
<i>Doe, Juan D.</i>		<i>123-45-6789</i>	<i>09/21/03</i>
Prescripción	Nombre del Medicamento	Nombre del Doctor	
1	<i>Premarin</i>	<i>L.R. Sanchez</i>	
2	<i>Clonidine</i>	<i>Oscar Garcia</i>	
3			

(Si es necesario continúe al reverse de la página)

Información de Envío Postal

(indique donde la prescripción será enviada—por favor IMPRIMA)

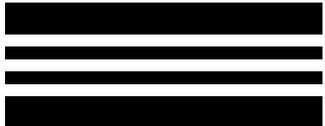
Nombre	<i>Doe, Juan D.</i>	No. de Teléfono durante el día (<i>555</i>) <i>444-3333</i>
Dirección	<input type="checkbox"/> Si es una nueva dirección, marque con una X <i>500 Suave Sur Florida Avenida</i> <i>Colorado Springs, CO, 23456</i>	

Si necesita Formularios de Pedido adicionales usted puede fotocopiar un formulario en blanco o llame al Centro de Administración de Salud AV al 1-800-733-8387, entre las horas de 7:30 a.m. a 11:30 a.m. (Tiempo de Montaña), de Lunes a Viernes (se excluye días feriados). Si la página 2 es fotocopiada, por favor asegúrese que está copiada al dorso (de página 1 que va al frente) o si copiada por si sola ADJUNTELA a la página 1.

FORMA HCFA 1500 (para uso exclusivo del proveedor)

APPROVED OMB-0938-0008

PLEASE
DO NOT
STAPLE
IN THIS
AREA



CARRIER

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM																																																																																																																																																																																																																																																							
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> CHAMPUS <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> <small>(Medicare #) (Medicaid #) (Sponsor's SSN) (VA File #) (SSN or ID) (SSN) (ID)</small>					1a. INSURED'S I.D. NUMBER (FOR PROGRAM IN ITEM 1)																																																																																																																																																																																																																																																		
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																		
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()					6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																		
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (CURRENT OR PREVIOUS) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> b. AUTO ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PLACE (State) _____ c. OTHER ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																		
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER b. OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> c. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME					11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, return to and complete item 9 a-d.</i>																																																																																																																																																																																																																																																		
READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.																																																																																																																																																																																																																																																							
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below. SIGNED _____ DATE _____					13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED _____																																																																																																																																																																																																																																																		
14. DATE OF CURRENT: ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY(LMP) MM DD YY					15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS. GIVE FIRST DATE MM DD YY																																																																																																																																																																																																																																																		
17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE					17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN																																																																																																																																																																																																																																																		
19. RESERVED FOR LOCAL USE					16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY 18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY 20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																																																																																																																																																		
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3 OR 4 TO ITEM 24E BY LINE) 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____					22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO. 23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">A</th> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2">C</th> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">E</th> <th colspan="2">F</th> <th colspan="2">G</th> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">I</th> <th colspan="2">J</th> <th colspan="2">K</th> </tr> <tr> <th colspan="2">DATE(S) OF SERVICE From</th> <th colspan="2">To</th> <th colspan="2">Place of Service</th> <th colspan="2">Type of Service</th> <th colspan="2">PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER</th> <th colspan="2">DIAGNOSIS CODE</th> <th colspan="2">\$ CHARGES</th> <th colspan="2">DAYS OR UNITS</th> <th colspan="2">EPSDT Family Plan</th> <th colspan="2">EMG</th> <th colspan="2">COB</th> <th colspan="2">RESERVED FOR LOCAL USE</th> </tr> <tr> <th>MM</th><th>DD</th><th>YY</th><th>MM</th><th>DD</th><th>YY</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		DATE(S) OF SERVICE From		To		Place of Service		Type of Service		PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER		DIAGNOSIS CODE		\$ CHARGES		DAYS OR UNITS		EPSDT Family Plan		EMG		COB		RESERVED FOR LOCAL USE		MM	DD	YY	MM	DD	YY																																																																																																																																																																																										
A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K																																																																																																																																																																																																																																			
DATE(S) OF SERVICE From		To		Place of Service		Type of Service		PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER		DIAGNOSIS CODE		\$ CHARGES		DAYS OR UNITS		EPSDT Family Plan		EMG		COB		RESERVED FOR LOCAL USE																																																																																																																																																																																																																																	
MM	DD	YY	MM	DD	YY																																																																																																																																																																																																																																																		
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					26. PATIENT'S ACCOUNT NO.					27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																													
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.) SIGNED _____ DATE _____					32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (if other than home or office)					28. TOTAL CHARGE \$ _____ 29. AMOUNT PAID \$ _____ 30. BALANCE DUE \$ _____																																																																																																																																																																																																																																													
33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE # PIN# _____ GRP# _____																																																																																																																																																																																																																																																							

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

FORMA UB-92 HCFA 1450 (para uso exclusivo del proveedor)

APPROVED OMB NO. 0938-0279

1	2		3 PATIENT CONTROL NO.							4 TYPE OF BILL																									
	5 FED. TAX NO.	6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM THROUGH		7 COV. D.	8 N-C.D.	9 C-I.D.	10 L-R.D.	11																											
12 PATIENT NAME			13 PATIENT ADDRESS																																
14 BIRTHDATE	15 SEX	16 MS	17 DATE		ADMISSION 18 HR 19 TYPE 20 SRC		21 D HR	22 STAT	23 MEDICAL RECORD NO.		24			25			26			27			28			29			30			31			
32 OCCURRENCE DATE	33 CODE	34 OCCURRENCE DATE	35 CODE	36 OCCURRENCE DATE	37 CODE	OCCURRENCE SPAN FROM THROUGH		37																											
38																		39 CODE			VALUE CODES AMOUNT			40 CODE			VALUE CODES AMOUNT			41 CODE			VALUE CODES AMOUNT		
a																		a							
b																		b							
c																		c							
d																		d							
42 REV. CD.	43 DESCRIPTION				44 HCPCS / RATES		45 SERV. DATE	46 SERV. UNITS	47 TOTAL CHARGES	48 NON-COVERED CHARGES			49																						
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			
22																																			
23																																			
50 PAYER			51 PROVIDER NO.			52 REL INFO	53 ASC BEN	54 PRIOR PAYMENTS		55 EST. AMOUNT DUE			56																						
A																																			
B																																			
C																																			
57			DUE FROM PATIENT																																
58 INSURED'S NAME			59 P. REL	60 CERT. - SSN - HIC - ID NO.			61 GROUP NAME			62 INSURANCE GROUP NO.																									
A																																			
B																																			
C																																			
63 TREATMENT AUTHORIZATION CODES			64 ESC	65 EMPLOYER NAME			66 EMPLOYER LOCATION																												
A																																			
B																																			
C																																			
67 PRIN. DIAG. CD.	68 CODE	69 CODE	70 CODE	OTHER DIAG. CODES 71 CODE 72 CODE		73 CODE	74 CODE	75 CODE	76 ADM. DIAG. CD.	77 E-CODE	78																								
79 P.C.	80 PRINCIPAL PROCEDURE CODE	81 OTHER PROCEDURE CODE	82 ATTENDING PHYS. ID	OTHER PROCEDURE CODE		83 OTHER PHYS. ID	OTHER PROCEDURE CODE		OTHER PHYS. ID		85 PROVIDER REPRESENTATIVE																								
				A		B	C		D		86 DATE																								
				B		C	D		E																										
				C		D	E		A																										
				D		E	A		B																										
				E		A	B		C																										
84 REMARKS			85 PROVIDER REPRESENTATIVE									86 DATE																							
a																																			
b																																			
c																																			
d																																			

UB-92 HCFA-1450

OCR/ORIGINAL

I CERTIFY THE CERTIFICATIONS ON THE REVERSE APPLY TO THIS BILL AND ARE MADE A PART HEREOF.

FORMA 10-5345 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE REGISTROS MÉDICOS CON CONTENIDO DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD

Patient Request for a Copy of their Health Information (Example Form)

First Name: _____ Last Name: _____

Social Security #: _____ Date of Birth: __/__/____

Description of Information Requested: (Check applicable box (es) and state the extent or nature of the information to be copied/printed, giving the dates or approximate dates covered by each)

Copy of Hospital Summary Copy of Outpatient Treatment Note(s) Other (Specify)

How does the patient want to receive the copy of his/her health information?

In-person Home Address Other Address

Address: _____

State: _____ ZIP: _____ Phone: (____) _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Note: If someone other than the patient, indicate under what authority (e.g., guardianship or power of attorney) this request is being made.

Notificación de Prácticas Privadas

Departamento de Asuntos de Veteranos
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Notificación Resumen - Fecha de Vigencia 14 de Abril de 2003

Nosotros, la Administración de Salud de Veteranos (VHA), expedimos esta Notificación de Prácticas de Privacidad de AV. Esta Notificación Resumen proporciona un resumen de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de AV y brevemente señala:

- Cómo puede usarse y revelarse la información de salud;
- Sus derechos en lo que respecta a su información de salud; y
- Nuestra obligación legal de proteger la privacidad de su información de salud.

Para una información más completa de nuestras prácticas de privacidad, deberá revisar detenidamente la Notificación Detallada de las Prácticas de Privacidad. Una copia de nuestra notificación detallada se encuentra a disposición en nuestra página web, o podrá solicitarla llamando al 1-877-222-8387. Esta Notificación Resumen no modifica ni limita la Notificación Detallada de Prácticas de Privacidad de AV.

Su Información de Salud es cualquier información que nosotros creamos o recibamos sobre usted y su pasado, presente o futuro:

- Condiciones de salud física y mental;
- Cuidado de salud; o
- Pago de servicio médicos

Cómo podemos usar y revelar su información de salud

En la mayoría de los casos, será necesario contar con su autorización escrita para poder usar o revelar esta información. Sin embargo, las leyes federales nos permiten usar y revelar su información de salud sin contar con su permiso en los siguientes casos:

- | | | |
|--|---|--|
| • Tratamiento | • Pagos | • Cuidado en operaciones de Salud |
| • Elegibilidad y registración para beneficios de Veteranos | • Aplicación de la ley | • Oficial de justicia o actividades funerales (con limitaciones) |
| • Salud pública | • Procedimiento jurídico o administrativo | • Seguridad nacional |
| • Investigación (con limitaciones) | • Servicios | • Supervisión de cuidados de salud |
| • Reporte de abuso | • Facilidad correccional | • Actividades militares |
| | • Cuando es requerido por la ley | |

- Compensación de trabajadores
- Directorio de pacientes
- Mienbros familiares u otros envueltos en el cuidado (con limitaciones)
- Salud o actividades de seguridad

Una descripción más detallada de cada uso y revelación se incluye en la Notificación Detallada de Prácticas de Privacidad.

Notificación Resumen del Departamento de Asuntos de Veteranos

Todos los demás usos y revelaciones sobre su salud no podrán realizarse sin contar con su autorización escrita.

Sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a:

- Revisar su información de salud;
- Obtener una copia de su información de salud;
- Solicitar que su información de salud sea modificada o corregida;
- Solicitar que no usemos o revelemos su información de salud;
- Solicitar que le proporcionemos información sobre su salud en forma alternativa o en un lugar alternativo de manera confidencial.
- Un recuento o lista de revelaciones de su información de salud; y
- Recibir nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad de AV a su solicitud.

Modificaciones. Nos reservamos el derecho de modificar la Notificación de Prácticas de Privacidad de AV. Las prácticas de privacidad revisadas serán efectivas en lo que respecta a toda la información de salud que tenemos sobre usted, así como la información que recibamos en el futuro. Le enviaremos a su última dirección conocida, y de otro modo pondremos a su disposición, una copia de la Notificación revisada dentro de 60 días de cualquier modificación.

Quejas. Si tiene alguna preocupación en relación con la violación de sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a VHA o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Para presentar una queja ante la VHA puede ponerse en contacto con el Funcionario a cargo de asuntos vinculados a la privacidad de la institución de cuidado de la salud de AV, o con VHA por medio de contacto con AV en [HTTP://WWW.VA.GOV](http://www.va.gov) o marque el 1-877-222-8387. No será necesario que presente quejas por escrito, aunque se recomienda usar este método. No estará sujeto al pago de ningún tipo de penalidad ni será objeto de represalias por presentar quejas.

Glosario de Siglas Usadas en el Manual

Acronismo	Definición
ADD	Atención en Desordenes de Deficiencia
CDE	Centro de Control de Enfermedades
CHAMPVA	Programa Médico de Salud de Civiles veteranos
CITI	Iniciativa de Tratamiento Interno del Programa CHAMPVA
TAP	Terminología Actual del Proceso
TC	Tomografía Computarizada
EMD	Equipo Medico Durable
DO	Doctor de Osteología
DoD	Departamento de Defensa
DGR	Diagnóstico de Grupo Relacionado
ECG	Electrocardiograma
TEC	Terapia Electroconvulsiva
RMDO	Reproceso de Movimiento de Desensitación del Ojo
EB	Explicación de Beneficios
TE	Terapia de Electrochoque
ACM	Administración de Comida y Medicina
TFGD	Terapia de Familia Geográficamente Distantante
CA	Centro de Administración
PSCCSC	Proceso de Sistema Codigo del Cuidado de la Salud Común
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
OMS	Organización del Mantenimiento de la Salud
CIE	Clasificación Internacional of Enfermedades
MpC	Medicina por Correo
DM	Doctor de Medicina
MMI	Matriz Médica, Inc.
ARM	Angiografía por Resonancia Magnética
IRM	Imagen por Resonancia Magnética
ERM	Espectroscopía por Resonancia Magnética
CNM	Codo Nacional de Medicina
OSS	Otro Seguro de Salud
TEP	Tomografía Emisional de Positrón
PHP	Programa de Hospitalización Parcial
CRT	Centro Residencial de Tratamiento
DEA	Desorden Estacional afectivo
FEE	Facilidad de Enfermería Especializada
TECFS	Tomografía Emisional Computarizada de Fotón Simple
SSN	Número de Seguro Social
UTM	Unión Temporomandibular
DAV	Departamento de Asuntos de Veteranos
ORAV	Oficina Regional de Asunto de Veteranos

Índice

A

aborto 46
 acupuntura 38
 administración farmacológica 55
 aire acondicionado 38
 anestésicos 49
 angiografía por resonancia magnética (ARM) 37
 anteojos 36, 39
 anticonceptivos 46
 apelaciones 87
 ARM, ERM, IRM 37
 asistencia 1, 7
 asistiendo al médico 49
 atención personal 39, 48, 50
 audición 39, 45, 63
 autotransplante de médula ósea 64

B

beneficios abuso de sustancias 53
 biorregulación 35, 39, 55
 biotelemedicina 35
 brassiers y prótesis para mastectomía 37

C

cambio de dirección 2

capacitación para auto-tratamiento de la diabetes 36
 Centro de Control de Enfermedades (CCE) 60
 centro de hospicio 47
 centro de tratamiento residencial (CTR) 50, 53, 74
 centros de hospicio 47, 73, 83
 centros de maternidad 45
 centros de tratamiento residencial (CTR) 50, 53, 74
 certificados de estudios 8, 14, 16
 cirugía ambulatoria 40, 71, 72
 cirugía cosmética 39, 50, 51
 compensación trabajo 81
 consejería matrimonial 56
 consulta 50, 57
 consultoría telefónica 56
 correctores ortopédicos 37
 correo electrónico 3
 costo compartido 68
 cuidado / servicios domiciliarios 54
 cuidado de enfermería especializada 38
 cuidado de la salud en el hogar 36, 73
 cuidado de la salud en el hogar pagamos 73

cuidado de los pies 39
cuidado preventivo 60

D

declaración de facturación 76, 84
deducible 68, 70
definiciones 12, 77
dejar de fumar 59
deshumedecedores 38
desviación intestinal 49
detección de tuberculosis 62
diálisis 36
diálisis del riñón (renal) 36
direcciones 2, 3, 4, 6, 7
disfunción sexual 56
dispositivos de prótesis 37
dispositivos ortóticos para calzado 40
divorcio 17

E

electrocardiogramas (ECG) 60
electrólisis 39
elegibilidad 15, 16, 17, 18, 21
eliminación de tatuajes 40
eliminación del vello capilar 39
embarazo 45
enfermería especializada 36, 38
enfermeros especializados 48, 63, 79
engrapado gástrico 49
equipo médico durable (EMD) 6, 43, 72
equipo para ejercicios 44
ergoterapia 37
espectroscopia por resonancia magnética (ERM) 37
esposo(a) 12, 15, 17, 19
esterilización 46
estudiante 15
evaluación genética 60
exámenes físicos 62, 63
exámenes requeridos por el empleo 63
exclusiones generales 34
exfoliación química 39
explicación de beneficios (EOB) 94, 95

F

farmacia 32, 57, 71, 75, 80, 84
fechas límites 85
fertilización in vitro 46
fisioterapia 37
formas 83, 100

fotografía médica 40

fraude 96

G

Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) 73, 74

H

Habitación privada y alimentación 48

hijo 15, 62

hipnosis 39, 56

hogares de retiro o de descanso 50

hoja de datos 8

hospitalización post parto 46

I

imagen por resonancia magnética (IRM) 37

immunizaciones 61

implantación quirúrgica 38

implante de pene/prótesis testicular 37, 40

información general 2

información sobre costos y pagos 67

inmunoglobulina Rh 62

inscripción 8, 11, 16, 32, 62

inseminación artificial 46

instituciones para cura 54

instrucciones para la presentación de reclamos 83

insulina 59

L

lentes de contacto 1, 7, 36, 39

logoterapia por impedimentos físicos 38

M

mamografías 62

maternidad 45

Medicaid 76, 81

Medical Matrix 4, 58, 75

medicamentos experimentales 59

medicamentos para el control de peso 59

medicamentos y medicaciones 58

Medicare

18, 19, 20, 21, 24, 32, 35, 40, 44, 47, 50, 70, 73, 74, 77

Medicinas por Correo

5, 57, 69, 71, 75, 80

meditación trascendental 56

membresía del club de la salud 39

monto autorizado 70

N

niño incapacitado 17

niño sano 62

nuevo matrimonio 17
número de días 75
número de teléfono 2, 3, 4, 5, 6

O

ortodoncia 43
ortodoncia correctores 43
ortóptica 40
otro seguro de salud 21, 82
otro seguro de salud (OSS)
20, 57, 58, 76
oxígeno y suministros afines 59

P

página web 2, 4, 5, 8
pago de deducible 68
pago de servicios dentales 72
pago salud mental 71, 74, 80
pagos de servicios hospicio 68, 73
pagos por servicios no
hospitalizados 75
pagos por servicios de no
hospitalizados 71
paniclectomía 49
partera certificada 24
patrocinador 12
peluca 38
planificación familiar 45

preautorización 6, 33
procedimientos dermatológicos 36
procedimientos experimentales 34
procedimientos quirúrgicos 49
Programa Estatal de Compensación
a Víctimas de Crímenes 76, 81
programa hospitalización psiquiátrica
parcial (PHPP) 52
programa Iniciativa de Tratamiento
Interno de CHAMPVA 32, 76
programa psiquiátrico de
hospitalización parcial 52
programas de ejercicio 39
programas de mantenimiento de
medicina 55, 59
proveedore(s) 24, 32, 50
proveedores AV 32, 33, 71
proveedores de cuidado de la salud
24
pruebas de alergia 35
pruebas de cáncer 60
pruebas de detección de colesterol
60
pruebas de VIH 60
pruebas periódicas de papanicolau
62, 80
pruebas y procedimientos de
diagnóstico 36, 46, 49

pruebas y tratamiento de infertilidad 46

psicoanálisis 55

psicoterapia 53, 55, 56

purificadores 38

Q

queratotomía radial 40

quimioterapia 49

R

radiografía de tórax 60

radiografías 41, 71

radioterapia 38, 42

receta(s) 57, 75, 85

recién nacido 46

recién nacidos 12

reclamos presentados 83

reclamos proveedor 84

reconsideración/apelación 7, 87, 91

reconstrucción de mama 35

reducción de la mama 35

rehabilitación cardiaca 36

rehabilitación por abuso de sustancias 50

rehabilitación pulmonar 38

reinserción social 50, 54

128

S

salud mental 7, 33, 50, 51, 52, 53, 54, 90

salud mental (CITI) 33

salud mental para pacientes hospitalizados 51

salud mental para pacientes no hospitalizados 52

segunda opinión 49

seguro frente a terceros 82

seguros HMO 32, 77

servicio al cliente 2, 3

servicios de ambulancia 35

servicios de consejería 63

servicios de consultoría 39, 56

servicios de farmacia 57

servicios de transporte 40

servicios dentales 41

servicios domésticos 39

servicios hospicio 6, 47

servicios médicos 37

servicios naturoterapéuticos 40

servicios o asesoría telefónica 40

servicios para pacientes hospitalizados 48, 73

servicios quiroprácticos 39

síndrome de fatiga crónica 39
síndrome premenstrual 40
solicitud 12, 13
suministros médicos 37, 48

T

terapia de aversión 54
terapia respiratoria 38
terapia Z 56
tetano 61
tomografía computarizada por
emisión monofotónica 38
tomografía por emisión de
positrones (TEP) 37
tomografías axiales computarizadas
36
tope catastrófico 69
transplante de cabello 39
transplantes 6, 33, 64
trastornos de aprendizaje 56
trastornos en la alimentación 55
Trastornos por Deficiencia de
Atención e Hiperactividad (ADD o
ADHD) 54
tratamiento con isoniazida 62
tratamiento de fracturas y
dislocaciones 49
tratamiento de resistencia 56

tratamiento electro convulsivo (ECT)
56
tratamiento experimentales 34
tratamiento megavitamínico 56
tratamiento ordenado por la corte 55
tratamiento por electro choques
(EST) 56
tratamiento problemas afectivos
estacionales 56
TRICARE 12, 15, 25, 73

U

ultrasonido 46

V

vacuna contra la rabia 62
veterano 12, 15
visión 39, 56
viuda(o) 12, 17

NOTAS

Noticia de intento para manejar computadoras pareadas: La ley publica 100-500, Privacidad y Protección para Computadoras Pareadas Acta del 1988, el gobierno permite verificar información por medio de computadoras pareadas. Conforme a la USC 552a, Acta de privacidad como enmendada en 1974, y la oficina guía de manejo de presupuesto sobre la conducta de programas pareados, por este medio notifica que Asuntos de Veteranos intentará conducir programas de computadoras pareadas con los centros de Medicare and Medicaid Services (CMS). La información de computadoras pareadas será utilizada para verificar los derechos de los aplicantes y receptores a los beneficios de CHAMPVA, la elegibilidad de CHAMPVA es basada en los derechos para Medicare.



**Department of Veterans Affairs
Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, Colorado 80206-9023**

ASUNTOS OFICIALES

Penalidad por uso privado \$300