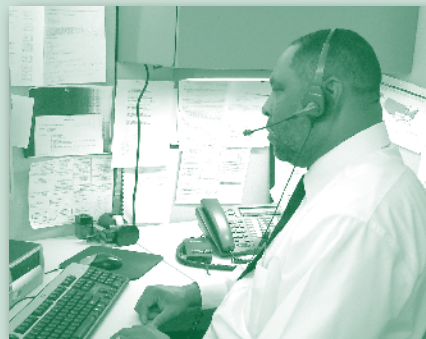




Departamento de Asuntos de Veteranos
Centro de Administración de Salud

CHAMPVA

Manual



Publicado en Mayo de 2007

Consejos Útiles



GUARDE ESTE MANUAL

Este manual describe información importante sobre el programa CHAMPVA. Contamos también con un sitio Web excelente donde podrá encontrar el manual en formato electrónico. ¡Vaya a www.va.gov/hac para revisarlo!

Este manual no se vuelve a publicar cada año.

Ocasionalmente, encontrará algún cambio que puede afectar su elegibilidad, beneficios o costos. Cuando eso suceda, le enviaremos un aviso del cambio y le solicitaremos que lo agregue a su manual. Recuerde que este manual es solo una guía. La ley, reglamentos y el manual de políticas constituyen el material de orientación autorizado para el programa CHAMPVA.

CÓMO ENCONTRAR INFORMACIÓN EN ESTE MANUAL

El Índice en la página 5 enumera las áreas temáticas, por sección, con indicación de números de página.

La Lista de Temas que se inicia en la página 7 se encuentra ordenada alfabéticamente, con números de página, y enumera los temas que se abordan en este manual.

En el texto de este manual también podrá encontrar palabras resaltadas en verde, las que se definen en las páginas 62 a 65.

SOLICITUDES CHAMPVA

Podrá encontrar información para presentar una solicitud a CHAMPVA en nuestro sitio Web www.va.gov/hac o comunicándose con nosotros al teléfono 1-800-733-8387.

CAMBIO DE DIRECCIÓN

Avísenos inmediatamente sobre cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Lo puede hacer por:

Correo:	Centro de Administración de Salud de VA CHAMPVA PO Box 469028 Denver, CO 80246-9028	Teléfono:	1-800-733-8387
		Correo electrónico:	hac.inq@va.gov

REQUERIMIENTOS ESPECIALES

Las personas con impedimentos auditivos, por favor, utilicen el Federal Relay Operator (Operador para personas con impedimentos auditivos) llamando al 1-800-877-8339.

Si su primer idioma no es el inglés, haremos los arreglos para que un traductor participe con usted en una llamada. Cuando nos llame, le pediremos que espere en la línea y nos comunicaremos con nuestro servicio de traducción para que participe en la llamada telefónica.

Asimismo, le podemos proporcionar, a su solicitud, una copia del manual CHAMPVA en cualquier idioma o Braille. Nos tomará aproximadamente seis semanas proporcionarle el manual traducido, contados a partir de la fecha en que recibamos su pedido.

TOME UN PAPEL ACTIVO EN EL CUIDADO DE SU SALUD

Se ha comprobado mediante estudios los beneficios de una interacción positiva paciente-proveedor. Los estudios sostienen que cuando su participación aumenta y se encuentra mejor informado sobre el cuidado de su salud, su estado de salud mejora.

Existen varias maneras para que usted se involucre activamente en el cuidado de su salud. Antes de dirigirse a su cita, anote sus preguntas y establezca un orden de prioridad. Algunas veces es posible que no pueda formular todas las preguntas en una sola visita al consultorio médico, si establece un orden de prioridad con anticipación, recibirá primero las respuestas a las preguntas más urgentes. Si no pudiera formular todas las preguntas durante la cita, programe una visita de seguimiento para formular las preguntas restantes. Cuando se encuentre en el consultorio, solicítele al médico una aclaración o explicación de las palabras que usted no entiende por completo. Anote las respuestas.

A continuación encontrará algunos ejemplos que a lo mejor desea usar. El tiempo que dedique a prepararse para su consulta médica ayuda frecuentemente a que usted y su médico puedan trabajar juntos para lograr la mejor administración de su atención médica.

- ¿Por qué motivo tengo este problema?
- ¿Cómo me afectará este problema en el futuro?
- ¿Qué tratamiento se necesita? ¿El tratamiento requerirá que haga algún cambio en mi alimentación o estilo de vida?
- ¿Qué sucederá si no sigo el tratamiento para esta dolencia inmediatamente?
- ¿Necesito algún examen?
- ¿Por qué necesito esta medicina y por cuánto tiempo debo tomarla?
- ¿Qué comidas o bebidas debo evitar durante el tiempo que tomo esta medicina?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de esta medicación?
- ¿Cuándo debo visitarlo para hacer el seguimiento?

SUGERENCIAS PARA ASISTENCIA DE CUIDADO A LARGO PLAZO

A medida que lea el paquete de beneficio contenido en este manual, se dará cuenta que el cuidado a largo plazo, no constituye un beneficio cubierto de CHAMPVA. El cuidado a largo plazo también se conoce como cuidado de custodia y se puede brindar en hogares de reposo, centros de vivienda con asistencia, cuidado diario para adultos o en la casa de un paciente. Comprende

asistencia en actividades de la vida diaria o la supervisión brindada por una persona con impedimentos sensoriales. Esto podría comprender asistencia para caminar, higiene personal, ir al baño, vestirse, cocinar/alimentarse y tomar los medicamentos.

Como CHAMPVA no cubre el cuidado de custodia a largo plazo, el cual puede ser muy

costoso, le brindamos algunas opciones que probablemente desee considerar mientras planifica el futuro, antes que ocurra una crisis. Le proporcionamos esta información en calidad de servicio a fin de que sepa cuales son las opciones ya que ni CHAMPVA ni Medicare brindan cobertura para este tipo de cuidado.

- **Seguro de cuidado a largo plazo**

Las compañías de seguro privadas venden este seguro que cubre generalmente atención médica y no médica para ayudarlo con sus necesidades personales como bañarse, vestirse, usar el baño y alimentarse.

Si desea más información sobre el seguro de cuidado a largo plazo, obtenga una copia de “A Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance” (“Guía del Comprador de Seguros de Cuidado de la salud a Largo Plazo”) que le proporcionará el Departamento de Seguros de su estado o la Asociación Nacional de Agentes de Seguros, 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO 64108-3600. Medicare también cuenta con una publicación titulada, “Cómo elegir el cuidado a largo plazo: Una guía para personas con Medicare” (Pub. CMS No. 02223). Puede obtener esta publicación llamando al 1-800-633-4227 o visitando nuestro sitio Web en **www.medicare.gov**.

- **Pólizas de seguro de vida**

Es posible que algunas compañías de seguros permitan que use su póliza de seguro de vida para pagar el cuidado a largo plazo. Pregúntele a su agente de seguros cómo funciona este tema.

- **Recursos personales**

Usted puede utilizar sus ahorros para pagar el cuidado a largo plazo. Es posible que califique para Medicaid después de que haya utilizado la mayor parte de sus recursos personales.

¿COMENTARIOS?

Siempre estamos a la espera de sus comentarios. Si tiene alguna sugerencia que nos ayude a mejorar este manual, póngase en contacto con nosotros en:

VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 65020
Denver, CO 80206-9020

O envíenos un correo electrónico a: **hac.inq@va.gov**

Números de Teléfono Importantes



Nombre	Número de Teléfono
Su médico (de atención primaria)	
Su médico:	
Su médico:	
Su hospital:	
Su farmacia:	
Sus medicaciones	
CHAMPVA	1-800-733-8387
Magellan Mental Health	1-800-424-4018
Meds by Mail (Medicamentos por correo) (consulte la página 18 para obtener el número del centro de servicios para su estado)	
Línea de ayuda de Medicare Para ayudarlo con algunas preguntas sobre Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Administración del Seguro Social Para obtener ayuda sobre elegibilidad e inscripción en Medicare, beneficios de jubilación del Seguro Social o beneficios por incapacidad	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778

Contenido

Lista de temas	7
Sección 1: Requerimientos de elegibilidad	9
Condición de menor	9
Condición de cónyuge	12
Condición de viudo(a).....	12
CHAMPVA y Medicare.....	12
CHAMPVA y TRICARE.....	14
Sección 2: Cómo obtener atención médica	15
Proveedores médicos de VA	16
Proveedores médicos que no pertenecen a VA	17
Proveedores de farmacia	18
Sección 3: Información sobre beneficios	21
Autorización para cuidado	21
Beneficios cubiertos (no incluye todo).....	23
Beneficios no cubiertos (no incluye todo).....	37
Sección 4: Sus costos	42
Deducible anual	42
Costo compartido	42
Límite catastrófico	43
Cantidad asignable de CHAMPVA	43
Cobertura fuera de los Estados Unidos.....	43
Resumen de costos—cuando no cuenta con un OHI	44
Cuando CHAMPVA no paga en forma apropiada	45
Sección 5: Otros seguros de salud	46
Certificación OHI	46
CHAMPVA como pagador primario	46
CHAMPVA como pagador secundario o terciario	47

Planes de Champva y de la Organización de Mantenimiento de la Salud (hmo) o de la Organización de Proveedor Preferido (PPO) la Health Maintenance Organization (HMO) o Preferred Provider Organization (PPO)	47
Resumen de Costos—Cuando tiene un OHI (Que no sea Medicare).....	48
CHAMPVA y Medicare.....	48
Resumen de costos cuando tiene Medicare	49
CHAMPVA y la compensación para trabajadores	51
CHAMPVA y las lesiones accidentales.....	51
Sección 6: Instrucciones para presentar un reclamo	52
Al presentar un reclamo	52
Reclamos presentados por el proveedor.....	52
Reclamos por el servicio de farmacia	53
Lugar de envío de los reclamos por correo	54
Explicación de beneficios (EOB)	54
Sección 7: Solicitudes de apelación	55
Sección 8: Cuando necesite ayuda o información	57
Servicio al cliente.....	57
Dónde obtener formularios y publicaciones	59
Dónde enviar los formularios llenos	60
Sección 9: Ayude a luchar contra el fraude	61
Consejos para detectar el fraude	61
Consejos para prevenir el fraude	61
Sección 10: Definiciones de palabras comunes y acrónimos utilizados en este Manual.....	62
Sección 11: Notificación de prácticas de privacidad.....	66
Cómo solicitar o divulgar información de mi registro	67

Lista de Temas

A

acupuntura 37
anticonceptivos 25, 37, 40
apelaciones 55
asignación 17, 42
audición 38, 39
audífonos 39
autorización 21
autorización previa 15, 20, 52

B

beneficios cubiertos 23, 38

C

calzado ortopédico 32
Cirugía ambulatoria 44
cirugía ambulatoria 15, 25, 42
cirugía cosmética 37
CITI 16, 17, 22, 42, 44, 45, 54
cobertura fuera de EE.UU. 43
colonoscopia 23
compensación de trabajadores 66
complementario 26
consultas 41
control de peso/medicación 41
cónyuge 12, 47
costos 42
cuidado de custodia 2, 38
cuidado de la salud en el hogar 28
cuidado del pie 28, 38
cuidado después del parto 40

D

deducible 42, 43
definiciones 62
dejar de fumar 41

diabetes 23, 26, 28, 29, 40, 50
diálisis de riñón 29
direcciones 1, 22, 59
dispositivos prostáticos 33

E

eliminación de cabello 38
enfermería especializada 34
equipo médico durable 21, 22, 27, 38, 44, 50
estado de cuenta detallado 20, 47
esterilización 40
estudiante 9

Exámenes de audición 39

exámenes de próstata 23

examen físico antes del empleo 40

explicación de beneficios 15, 43, 47, 54, 55, 56, 61

F

farmacia 18, 45

farmacia de la red 19, 20

farmacia de venta directa 20

FDA 21, 27, 29, 33, 38

formulario 19

fraude 61

H

hogares de reposo 2, 38, 40

hospicio 28, 29

I

inscripción 9, 10

inseminación artificial 37

insuficiencia renal terminal 29

L

lentes 28, 38

lentes de contacto 28, 38

lesiones accidentales 51

límite catastrófico 43

línea de chat 58

M

mamografía 24, 50

Medicaid 46

medicamentos 18, 27

Medicamentos experimentales 38

Medicare 12, 40, 43, 48

meditación trascendental 39

Meds by Mail 18

menor 9

menor desvalido 9, 11

monto asignable 43

MRI 30

MYCHAMPVA 58

N

número de miembro 15, 52, 57, 59

números telefónicos 1, 4, 19, 22

O

ortopedia 31

otras certificaciones de salud 60

otros seguros de salud (OHI) 18, 20

oxígeno 32

P

paciente hospitalizado 44, 45

partera certificada 15

participación de costos 42

plan HMO 16, 46, 47

plan PPO 16, 47

privacidad 58, 66, 67

procedimientos de investigación 41

procedimientos experimentales 41

Programa de Compensación Víctimas
Estatales de Crimen 46

proveedor(es) 15, 16

proveedores de cuidado de la salud 16

proveedores de VA 16, 18

pruebas de diagnóstico 38

R

receta(s) 19, 20

recién nacido(s) 40

resumen de costos 44, 45, 48, 49, 50

S

salud mental 21, 22, 30, 33, 35

seguro suplementario 46

servicio al cliente 46, 57

servicio de ambulancia 24

servicio de quiropráctico 37

servicios dentales 22, 26, 38

servicios de prevención 23, 24

servicios no cubiertos 24, 37, 38, 39, 40,
41

T

tarjeta de autorización 15, 20, 52

terapia de electroshock (EST) 38

terapia física 21, 32, 35

terapia ocupacional 31

terapia Z 39

TMJ 35

transplante de riñón 36

transplantes 15, 33, 36, 37, 39

trastornos de aprendizaje 39

TRICARE 9, 17

V

vacunas 23

viudo(a) 12

Recuerdese que las palabras que son verdes son definidas en las paginas 62-65



Sección 1: Requerimientos de elegibilidad

La elegibilidad para los beneficios de CHAMPVA puede sufrir cambios tales como la situación de estudiantes de menores entre 18 y 23 años, su matrimonio, volverse a casar, divorcio; o elegibilidad para Medicare o TRICARE. Se nos debe informar los cambios inmediatamente. Llámenos al 1-800-733-8387 o envíe los cambios a:

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

CONDICIÓN DE MENOR

Un **menor** pierde su condición de elegibilidad cuando:

- un menor (que no sea un menor desvalido) cumple 18 años, a menos que esté inscrito en una escuela acreditada en calidad de estudiante a tiempo completo,
- un menor, que ha sido un estudiante a tiempo completo, cumple 23 años o pierde su condición de estudiante a tiempo completo.
- un niño se casa o
- un hijastro ya no vive en la vivienda del auspiciador.

CONDICIÓN DE MENOR

Requerimientos para el estudiante (Edad 18 a 23)

Para establecer la condición de estudiante y mantener la elegibilidad CHAMPVA, un menor soltero entre 18 y 23 años de edad debe asistir a la escuela a tiempo completo. Las escuelas incluyen, sin sentido limitativo, escuelas de educación secundaria, niveles de estudio vocacional/técnico, universitario o de grado o postgrado. La elegibilidad puede mantenerse hasta la fecha de la graduación o hasta cumplir 23 años, lo que suceda primero. Lea detenidamente la información que presentamos a continuación para evitar la interrupción de sus beneficios.

CONDICIÓN DE MENOR

Requerimientos para el estudiante (Edad 18 a 23)

<p>Primera certificación como estudiante a tiempo completo después de cumplir 18 años:</p>	<p>Se le enviará una carta 90 días antes de que cumpla los 18 años. Esta carta le informará que está a punto de perder su condición de elegibilidad y le recuerda que debe realizar los siguientes pasos para mantener su elegibilidad en CHAMPVA.</p> <p>Para evitar una interrupción de los beneficios CHAMPVA durante las vacaciones de verano entre la escuela secundaria y el primer semestre/ trimestre de su programa de educación, envíenos su carta de aceptación emitida por una institución educativa como constancia de su intención de continuar su educación. Al recibir dicha carta de la institución educativa, cubriremos el descanso entre la escuela secundaria y el inicio del primer semestre/trimestre de la continuación del programa de educación a tiempo completo.</p> <p>Luego, deberá presentar un certificado de la escuela que confirme la inscripción dentro de un mes contado a partir de la fecha de inicio del primer semestre/trimestre. Si no recibimos la carta, se darán por terminados los beneficios y cualquier pago que hayamos realizado después de que usted cumplió 18 años estará sujeto a recuperación. La carta de certificación se debe emitir en papel con el membrete de la escuela e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nombre completo del estudiante, • número de Seguro Social del estudiante (SSN), • fecha exacta de inicio y fecha de graduación prevista, • número de horas semestrales o certificación equivalente de la condición de estudiante a tiempo completo, y • título y firma de un funcionario de la escuela.
<p>Nueva certificación de asistencia a tiempo completo:</p>	<p>Cada año será necesario que entregue una nueva certificación de que aún se encuentra inscrito en calidad de estudiante a tiempo completo. Nosotros le enviaremos un recordatorio cuando se requiera la actualización anual. Asimismo, verificaremos en forma periódica con la escuela para asegurarnos que continúa siendo un estudiante a tiempo completo. Usted puede, si así lo desea, devolver el formulario anual de certificación con una copia de su certificado de estudios adjunta con la finalidad de demostrar que su educación a tiempo completo continúa.</p>



CONDICIÓN DE MENOR

Requerimientos para el estudiante (Edad 18 a 23)

Vacaciones escolares:	Una vez que se establece su periodo de elegibilidad (que es desde el momento en que ingresa al programa educacional a tiempo completo hasta la fecha de graduación o hasta cumplir 23 años, lo que suceda primero) su elegibilidad durante el periodo/semestre previo y posterior al tiempo de descanso no se interrumpirá debido a los descansos escolares siempre que continúe siendo un estudiante a tiempo completo.
Retiro de la escuela:	Si se retira de la escuela, se terminará su elegibilidad. Deberá notificarnos dicho cambio inmediatamente.
Enfermedad incapacitante:	Si contrae una enfermedad o lesión incapacitante mientras se encuentra inscrito como estudiante a tiempo completo, la cual le impide continuar sus estudios, se puede mantener la elegibilidad por seis meses después de cesar la incapacidad, por dos años después de la aparición de la incapacidad o hasta que cumpla 23 años —lo que suceda primero. Se requiere documentación médica que sustente que la enfermedad o lesión es de carácter incapacitante, de modo que le impide asistir a la escuela, y que indique la fecha prevista en que usted estará en capacidad de retornar como estudiante a tiempo completo.
Cambio en la condición de estudiante:	Si no cumple con notificarnos que ha concluido su condición de estudiante a tiempo completo, todo reclamo que hayamos pagado después de la fecha de pérdida de elegibilidad se considerará no válido, y se le considerará financieramente responsable de cancelarle al gobierno y/o al proveedor de servicios de salud el importe total por los servicios.

CONDICIÓN DE MENOR

Requerimientos para la condición de menor desvalido

Un **menor** que, antes de cumplir 18 años, se convierte en una persona que no puede mantenerse por sí misma de manera permanente puede calificar como **menor desvalido**. Esta resolución la adopta una **Oficina Regional de VA**. Una vez determinada la condición de menor desvalido, los beneficios CHAMPVA continuarán sin considerar límite de edad, salvo que el menor desvalido contraiga matrimonio. Si considera que su menor hijo puede calificar como menor desvalido, comuníquese al 1-800-827-1000 para obtener asistencia.

CONDICIÓN DE MENOR

Impacto del matrimonio

Si contrae matrimonio, perderá su condición de elegibilidad en CHAMPVA a partir de la media noche de la fecha del matrimonio, sin considerar que sea menor de edad, estudiante a tiempo completo o tenga la condición de menor desvalido.

CONDICIÓN DE MENOR

Impacto del divorcio o nuevo matrimonio de sus padres en la condición de menor/estudiante

Si usted es un **menor** adoptado o biológico del **auspiciador calificado**, su condición de elegibilidad no se verá afectada.

Sin embargo, si es hijastro del auspiciador calificado, sus padres se divorcian y usted pierde la condición de dependiente de acuerdo con la **Oficina Regional de Asuntos de Veteranos (VARO, por sus siglas en inglés)**, también pierde la elegibilidad en CHAMPVA.

CONDICIÓN DE CÓNYUGE

Un **cónyuge** pierde su condición de elegibilidad cuando:

Se divorcia o anula el matrimonio con el **auspiciador calificado**. La elegibilidad para CHAMPVA finaliza la medianoche de la fecha efectiva de la orden de divorcio o anulación.

CONDICIÓN DE VIUDO(A)

Un(a) **viudo(a)** pierde la condición de elegibilidad cuando:

Se vuelve a casar antes de los 55 años.
 NOTA: Antes del 4 de febrero de 2003, volver a contraer matrimonio a cualquier edad daba por terminados sus beneficios CHAMPVA. Debido a un cambio en la ley, a los viudos(as) que ya no calificaban para CHAMPVA porque se volvieron a casar después de los 55 años, se le podría restituir los beneficios si la solicitud para obtenerlos se recibió el 31 de diciembre de 2004 o antes.

Un(a) **viudo(a)** vuelve a ser elegible:

Si se vuelve a casar antes de los 55 años, y el nuevo matrimonio concluye después por razones de deceso, divorcio o anulación usted puede obtener nuevamente su condición de elegibilidad para CHAMPVA. A fin de restablecer la elegibilidad CHAMPVA, debe proporcionar copias del certificado de matrimonio, los documentos de deceso, divorcio o anulación (según convenga).

Un **viudo(a)** mantiene la elegibilidad:

Si se vuelve a casar a la edad de 55 años o más.

CHAMPVA Y MEDICARE

Su condición de Medicare influye en su elegibilidad para los beneficios CHAMPVA. Medicare inscribe de manera automática a la vasta mayoría de **beneficiarios** elegibles 90 días antes de cumplir 65 años. Cuando recibe su información inicial de Medicare, también recibe una tarjeta Medicare que indica la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Para continuar su elegibilidad CHAMPVA, usted debe inscribirse, y continuar inscrito en la Parte B de Medicare. Al recibir su tarjeta Medicare, envíenos inmediatamente una copia de modo que podamos realizar las acciones necesarias para continuar con sus beneficios

CHAMPVA sin interrupción. En la fecha de vigencia de Medicare, Medicare se convertirá en su asegurador **primario**, y nosotros pagaremos el **seguro secundario** (ver la página 48 para obtener más información sobre el pago).

El cuadro siguiente resume cuando se necesita las Partes A y B de Medicare para la elegibilidad CHAMPVA:

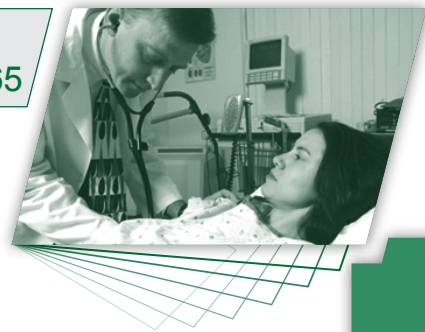
Si tengo ...	¿Necesito la parte B de Medicare para la elegibilidad CHAMPVA?
<p>Menos de 65 años Y soy por lo demás elegible para CHAMPVA Y con derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare</p>	<p>Sí</p>
<p>65 años o más antes del 5 de junio de 2001, Y cumplo con todos los demás requerimientos de elegibilidad CHAMPVA antes del 5 de junio de 2001, Y con derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare</p>	<p>No</p>
<p>65 años o más antes del 5 de junio de 2001, Y paso a ser elegible para CHAMPVA después del 5 de junio de 2001, Y con derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare</p>	<p>Sí</p>
<p>65 años o más antes del 5 de junio de 2001, Y por lo demás elegible para CHAMPVA Y con derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare, E inscrito en la cobertura de la Parte B de Medicare a partir del 5 de junio de 2001</p>	<p>Sí</p>
<p>65 años el 5 de junio de 2001 o posteriormente Y elegible para CHAMPVA Y con derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare</p>	<p>Sí</p>

Información adicional sobre Medicare y elegibilidad CHAMPVA

- Si necesita contar con ambas Partes A y B de Medicare para establecer la elegibilidad CHAMPVA, y no ha obtenido la Parte B de Medicare antes, será necesario que se comuniquen con la Administración del Seguro Social para inscribirse en la Parte B. Su elegibilidad CHAMPVA, puede entonces establecerse en la fecha de vigencia de su Parte B de Medicare.
- La Parte D de Medicare (Plan de medicamentos) no influye en su elegibilidad para CHAMPVA. Sin embargo, si se inscribe en la Parte D de Medicare, no podrá participar en nuestro programa [Meds by Mail](#) (ver la página 18).
- Si tiene 65 años o más y reside en el exterior, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare aun cuando Medicare no le brinda beneficios para la atención médica recibida en el exterior. CHAMPVA será el [pagador primario](#) en cuanto a los beneficios y usted recibirá el mismo nivel de cobertura brindado a las personas menores de 65 años.


CHAMPVA Y TRICARE

TRICARE es un programa de cuidado de la salud para miembros del servicio militar uniformado activos y retirados y para sus familias. Si usted se vuelve elegible para los beneficios TRICARE, ya no seguirá siendo elegible para CHAMPVA y deberá notificarnos inmediatamente la variación de su condición. Es posible que usted, por ejemplo, se vuelva elegible para TRICARE cuando el [auspiciador calificado](#) sea un reservista retirado o Guardaespaldas Nacional y empiece a recibir el salario de jubilado a la edad de 60 años.



Sección 2: Cómo obtener atención médica

Cada miembro de la familia elegible para CHAMPVA recibe una tarjeta de autorización. Hemos modificado la modalidad de indicar su número de Seguro Social (SSN) como número de miembro en la tarjeta de autorización debido al riesgo potencial de robo de identidad en caso de robo o pérdida de la tarjeta. El ejemplo que aparece a continuación muestra que las tarjetas se emiten con la frase “Patient SSN” (“Paciente SSN”) en lugar de indicar el número real.

 Department of Veterans Affairs Health Administration Center CHAMPVA		Open Access No Referral Required
Beneficiary Name		
Include this <u>Member Number</u> on all claims and letters “Patient SSN”		
This is your Authorization Card and your Pharmacy Card		
Effective Date	Expiration Date	1-800-733-8387 hac.inq@va.gov www.va.gov/hac

CHAMPVA is secondary to most other health plans. Include an explanation of benefits from other insurers. CHAMPVA is primary to Medicaid.

Send electronic claims through Emdeon™. Our payer ID is 84146. Mail paper claims to PO Box 65024, Denver CO 80206-9024.

For Mental Health/Substance Abuse Preauthorization
 Call 1-800-424-4018—Preauthorization is required:

- After 23 outpatient mental health visits in a calendar year
- For all other mental health/substance abuse services

For Durable Medical Equipment (DME) Preauthorization
 Call 1-800-733-8387—Preauthorization is required:

- For DME purchase or rental over \$2,000

Cuando visite a su médico, asegúrese de llevar consigo su Tarjeta de Autorización CHAMPVA. Debido a que su copago por el cuidado será un porcentaje de la **cantidad asignable** de CHAMPVA y no una cantidad específica predeterminada en dólares, comuníquese con el consultorio de su médico sobre cómo y cuándo pagar la parte que le corresponde de las facturas. Si se le está brindando cuidado ambulatorio (incluyendo las recetas), y ya ha pagado su deducible o llegado a su límite catastrófico para el año, traiga consigo su **Explicación de beneficios (EOB)** de CHAMPVA más reciente donde se indica que ha cumplido con uno o ambos de estos requerimientos para el año.

CHAMPVA cubre la mayor parte del cuidado de la salud **médicamente necesario**. Si bien no es una lista completa, cubrimos servicios de ambulancia, cirugía ambulatoria, equipo médico durable (DME), planificación familiar y maternidad, hospicio, servicios como paciente hospitalizado, servicios para salud mental, servicios ambulatorios, farmacia, cuidado de enfermería especializado y transplantes.

Pagamos por los servicios cubiertos y suministros cuando sean médicamente necesarios y brindados por un proveedor autorizado. Cuando los proveedores proporcionan su servicios dentro del alcance permitido por sus licencias o certificación, consideramos que son proveedores autorizados. A pesar de que no incluye a todos los proveedores, estos son los más comunes: anestesista, audiólogo, enfermera partera certificada, enfermera anestesista registrada/certificada (CRNA), enfermera médica certificada (NP o CNP), auxiliar médico certificado (PA), enfermera especialista en psiquiatría con certificación, psicólogo clínico (Ph.D.), consultor/terapeuta matrimonial y de familia, trabajador social clínico licenciado (LCSW o MSW), trabajador social certificado, terapeuta del habla clínico licenciado (LCSP), auxiliar de enfermería licenciada (LPN), enfermera vocacional licenciada (LVN), enfermero

vocacional matriculado (LVN), médico (MD), terapeuta ocupacional (OT), médico osteópata (DO), consejero espiritual, fisioterapeuta (PT), podólogo (DPM), psiquiatra, psicólogo, enfermera registrada (RN).

Usted tiene muchas opciones al elegir un proveedor. Es posible que los servicios médicos estén a su disposición en su Centro Médico local de VA a través del programa CITI, que se describe en el párrafo siguiente. Además, también puede obtener servicios médicos de un proveedor que no pertenezca a VA.

PROVEEDORES MÉDICOS DE VA

Dependiendo si su Centro Médico VA (VAMC) local participa en el programa de Iniciativa de Tratamiento Interno de CHAMPVA (CITI—se pronuncia citi) y el tipo de servicios disponibles en un VAMC, es posible que pueda recibir toda o parte de su atención médica a través del programa CITI. El cuidado puede incluir servicios como paciente hospitalizado, paciente ambulatorio, farmacia, equipo médico durable y de salud mental. Más de la mitad de todas las instalaciones médicas de VA participan en el programa CITI, por lo tanto hay muchas posibilidades de que un VAMC ubicado cerca de usted sea un centro participante.

Puede obtener un beneficio al verificar la disponibilidad de este programa. El cuidado que recibe a través de este programa **¡no le cuesta nada!** No hay costo compartido ni deducible por el cuidado que recibe a través de CITI.

Para saber si su VAMC local participa en este programa:

Visite nuestro sitio Web: www.va.gov/hac.

Seleccione “For **Beneficiaries**” (Para beneficiarios) desde la pestaña lateral, luego seleccione “**CHAMPVA**”

Desplácese hasta el vínculo “**CITI**”. En esta página encontrará una lista de instalaciones participantes y sus números de teléfono.

O puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o escribirnos (ver la página 57 para obtener la información de contacto).

Cuando se ponga en contacto con el VACM, ellos podrán informarle qué servicios están disponibles. Si los servicios que requiere están disponibles, y usted elige recibir atención a través del programa CITI, el VACM le solicitará que realice el proceso a través de la sección de administración para pacientes, que revisará su elegibilidad CHAMPVA y otra información de seguro de la salud. Si tiene Medicare o un **HMO** o plan **PPO** como su otro seguro de salud, no podrá participar en el programa CITI. Algunos VAMC aceptan pacientes a través del programa CITI con otros tipos de seguro de salud; sin embargo, el VAMC debe decidir si aceptarlo o no en el programa CITI. Asimismo, corresponde al VAMC decidir si pueden proporcionarle la atención que necesita, y esta decisión puede cambiar periódicamente de acuerdo a la cantidad de pacientes que atiendan.

Si usted es un veterano y **beneficiario** de CHAMPVA, es posible que tenga derecho a recibir atención a través del sistema de cuidado de la salud de VA en su condición de

veterano y no como beneficiario de CHAMPVA. Será necesario que aborde este tema con la instalación médica de VA al momento de comunicarse con ellos para conocer la participación de CITI.

PROVEEDORES MÉDICOS QUE NO PERTENECEN A VA

No contamos con una red de proveedores médicos. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de TRICARE también aceptará CHAMPVA. Visite el sitio Web de TRICARE en www.tricare.osd.mil/standardprovider para localizar a un proveedor en su área y comunicarse con dicho proveedor para preguntar si también aceptan pacientes de CHAMPVA.

La mayoría de los proveedores de Medicare también aceptarán pacientes de CHAMPVA. Los proveedores de Medicare pueden localizarse a través de su sitio Web www.medicare.gov. Use las “*Search Tools*” (“Herramientas de búsqueda”) en la parte inferior de la página para ubicar a un proveedor de Medicare.

Si tiene dificultades para ubicar un proveedor, comuníquese con nosotros, envíenos un correo electrónico o escríbanos, (Mire en página 57) y lo ayudamos a encontrar uno.

Proveedores que aceptan la “**asignación**” para pacientes de CHAMPVA:

Cuando acuda a un proveedor médico, averigüe si el proveedor aceptará CHAMPVA. Con frecuencia los proveedores se refieren a eso como **asignación** de aceptación. Esto significa que el proveedor nos facturará directamente por los servicios cubiertos, ítems y suministros. Los médicos o proveedores que acuerdan aceptar **asignaciones** están acordando aceptar la **cantidad asignable** y no pueden cobrarle a usted montos adicionales.

Nota importante: Todos los hospitales que participan en Medicare y los profesionales de salud basados en hospitales que son empleados o personal contratado de dichos hospitales, están obligados por ley a aceptar CHAMPVA para los servicios de hospitalización.

Proveedores que no aceptan la “**asignación**” para los pacientes de CHAMPVA:

Si no se acepta la **asignación**, todavía puede consultar al proveedor médico. Pero si lo hace, debe saber que es probable que tenga que pagar el total del cargo al momento del servicio. Además, puede ser que se le cobre más que la **cantidad asignable** de CHAMPVA. Para obtener el reembolso, tendrá que presentar la factura detallada del proveedor con un formulario de reclamo de CHAMPVA. Cuando se procese el reclamo, le enviaremos la parte que nos corresponde de la **cantidad asignable**. Esto significa que cuando el proveedor médico no acepta la **asignación**, no solo deberá pagar la parte que le corresponde de la **cantidad asignable** determinada, sino también cualquier cargo superior a la **cantidad asignable**.

PROVEEDORES DE FARMACIA

Meds by Mail

Este es el medio más económico de recibir medicamentos de mantenimiento que no son urgentes, si **no tiene** otro plan de seguro de salud con cobertura de farmacia (que incluya la Parte D de Medicare). No hay **copagos, ni requerimientos de deducible ¡tampoco hay que presentar reclamos!** Su medicación de mantenimiento se le envía por correo a su casa. Este programa constituye un gran beneficio y es muy importante que lo use.

Existen dos centros de servicios de farmacia y se le ha asignado un centro de servicio de acuerdo al estado en el que vive. Su centro de servicio lo ayudará a conocer el estado de su orden, responderá preguntas sobre la disponibilidad del medicamento y actualizará el perfil de los pacientes.

Si vive en estos estados, distritos o territorios:	Su centro de servicio de farmacia de Meds by Mail es:
Alabama, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Mississippi, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia	Centro de servicio de Meds by Mail Dublin, GA De lunes a viernes 8:30 a.m. to 3:30 p.m. (Hora Oficial del Este) 1-866-229-7389 Correo electrónico: meds.mail@va.gov
Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming	Centro de servicio de Meds by Mail Cheyenne, WY De lunes a viernes 10:30 a.m. a 5:30 p.m. (Hora Oficial del Este) 1-888-385-0235 Correo electrónico: meds.mail@va.gov

Hechos importantes para tener en cuenta al usar **Meds by Mail**:

- Para empezar a usar **Meds by Mail**, llene el formulario de **Meds by Mail** y el formulario de perfil de paciente disponible visitando nuestro sitio Web en **www.va.gov/hac/forms/forms.asp** o llamando al 1-800-733-8387 y seleccionando la opción de auto servicio para solicitar que se le envíen los formularios por correo.
- Indíquelo a su médico que está usando un servicio de pedido de recetas por correo. Solicítele al médico que, de ser posible, le recete hasta un suministro por 90 días con un máximo de tres reposiciones. Algunos medicamentos pueden tener un límite de 30 días debido a la cantidad de suministro. Si necesita empezar a tomar el medicamento inmediatamente, pídale a su proveedor que haga dos recetas –un suministro de un

mes que usted pueda solicitar inmediatamente en la farmacia local y un suministro por un periodo mayor que pueda solicitar a través del servicio **Meds by Mail**.

- Se debe enviar las recetas originales al centro de servicio (no se aceptarán los pedidos si las recetas son copia o se envían por fax).
- Los medicamentos de mantenimiento (aquéllos que se toman por más tiempo tales como medicamentos para la tensión arterial, corazón, artritis y dolor crónico) están disponibles a través de **Meds by Mail**.
- Algunas medicaciones controladas también están disponibles a través de este programa. Por ejemplo, se encuentran disponibles Tylenol No. 3, Valium, Klonopin, y Vicodin. Estos son medicamentos que aparecen en los cronogramas 3, 4 y 5 para los medicamentos controlados (su médico le puede decir si el medicamento que se le ha recetado se encuentra en uno de estos cronogramas). Las medicaciones tales como Percocet, Percodan, Ritalin y Oxycontin NO están disponibles y se deben solicitar en su farmacia local.
- La mayoría de las recetas se dispensa con el equivalente genérico.
- Cuando las recetas no tienen un equivalente genérico y el medicamento de marca recetado no se encuentra en el **formulario** de medicamentos de VA, un farmacéutico se pondrá en contacto con su médico para obtener la autorización para sustituir la marca del medicamento incluida en el formulario de VA por la marca que recetó el médico.
- Los **medicamentos de venta libre** no están cubiertos por CHAMPVA y no se pueden obtener a través de **Meds by Mail**. La ÚNICA excepción es para los suministros de insulina y sus productos relacionados. Sin embargo, aun puede usar su farmacia local para medicamentos de cuidado urgente o cualquier otro que no se encuentre disponible a través de **Meds by Mail**.
- Si su otra cobertura de salud es Medicare y cuenta con las Partes A y B de Medicare, pero no se inscribió en la Parte D de Medicare, puede utilizar **Meds by Mail**.
- Si obtiene otro seguro de salud que incluya un beneficio de farmacia (que incluye la Parte D de Medicare, Plan de cobertura de medicamentos con receta), ya no será elegible para usar **Meds by Mail**.

Si necesita ayuda con la información general sobre **Meds by Mail** elegibilidad o aplicaciones para **Meds by Mail** comuníquese con nosotros al:

Teléfono: 1-800-733-8387

Correo electrónico: **hac.inq@va.gov**

Sitio Web: **www.va.gov/hac** (seleccionar “*For Beneficiaries, Meds by Mail*”
(Para “*Beneficiarios, Meds by Mail*”))

Farmacia de la red para venta directa

Nuestra red está conformada por más de 45,000 farmacias. Si no cuenta con otro plan de seguro de salud que incluya cobertura de farmacia, usted puede utilizar esta red de farmacias. La ventaja para usted es que sólo debe pagar la parte que le corresponde del

medicamento (después de haber cumplido con su deducible como paciente ambulatorio) y **no tiene que presentar reclamos**. Para obtener información sobre las farmacias locales en su área que conformen la red de farmacias, llame al número que aparece a continuación o visite nuestro sitio Web y siga las instrucciones que siguen.

Teléfono: 1-800-880-1377

Sitio Web: www.va.gov/hac

Haga clic en *“For Beneficiaries”* (*“Para beneficiarios”*)

Seleccione el vínculo *“Pharmacy Benefits”* (*“Beneficios de farmacia”*) bajo el programa CHAMPVA.

Aparecerá un párrafo con el título, *“Pharmacies That Accept CHAMPVA”* (*“Farmacias que aceptan CHAMPVA”*), siga hasta el final del párrafo y haga clic en *“Pharmacy Network”* (*“Red de farmacias”*).

Aparecerá una página con varios recuadros donde se solicita la información necesaria para localizar una farmacia de la red cerca de usted.

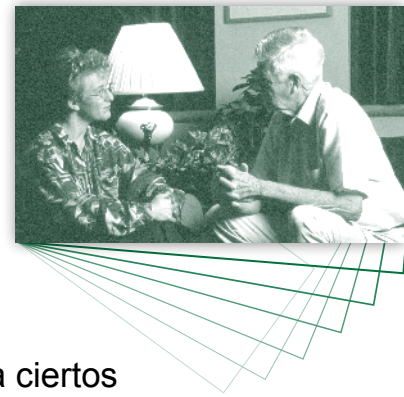
Siga las instrucciones que aparecen en la página para obtener una lista de farmacias que participan y que se encuentran en o cerca de su código POSTAL.

Durante el año 2007, se espera realizar algunos cambios al programa de farmacia para incluir más farmacias de la red y una tarjeta específica de identificación de farmacias.

Farmacia de venta directa /que no pertenece a la red

Usted puede elegir cualquier farmacia. La tarjeta de autorización de CHAMPVA constituye la prueba de su cobertura. Informe a la farmacia que en la actualidad no tenemos una tarjeta especial de cobertura de medicamentos para las recetas. Cuando usa una farmacia que no forma parte de la red, lo más probable es que la farmacia le pida que pague el monto total de la receta. En ese caso, será necesario que solicite el reembolso presentando un formulario de reclamo de CHAMPVA (Formulario VA 10-7959a) y el estado de cuenta detallado de la farmacia. Si cuenta con otro seguro de salud, también será necesario que presente la **EOB**, indicando lo que pagó el otro seguro de salud en el reclamo o indicando cuál fue su copago por esa receta. Verifique la información de la farmacia que está enviando para asegurarse que incluya el Código Nacional de Medicamentos (**NDC**) para cada receta y la cantidad de la medicación. No podemos procesar el reclamo sin esta información.

Recuerdese que las palabras que son verdes son definidas en las paginas 62-65



Sección 3: Información sobre beneficios

CHAMPVA no cubre todos los cuidados que pueda indicar su médico. Recuerde, el hecho de que su médico le comunique que necesita cierto cuidado no significa que CHAMPVA lo cubra. Pueden existir límites para ciertos cuidados y algunos cuidados no se cubren. Además, nosotros cubriremos solo la atención **médicamente necesaria** y apropiada.

Cualquier tipo de cuidado que dure mucho tiempo (como semanas, meses, etc.) como terapia física, medicación, servicios de salud mental y servicios de enfermería especializada pueden revisarse en forma periódica, y se solicitarán documentos médicos durante el curso del tratamiento. Le avisaremos cuando se necesite documentación o un plan de tratamiento adicional de su proveedor médico.

Los mismo beneficios y limitaciones se aplican si reside en EE.UU. o en otro país. Por ejemplo, si reside o viaja al exterior, solo cubriremos medicamentos que estén aprobados para uso por la **FDA**.

Autorización para cuidado

No es necesario que cuente con aprobación previa para que le brindemos servicios de cuidado, salvo que el mismo se relacione con uno de los servicios médicos enumerados a continuación.

Si bien es posible que no necesitemos una autorización para la mayoría de nuestros servicios médicos, su médico puede tener la costumbre de obtener una autorización para el cuidado. En ese caso, solicite al médico que se comunique con nosotros con referencia al servicio requerido y le proporcionaremos información sobre lo que se necesita para determinar si será un beneficio cubierto. Es posible que también desee mostrarle a su proveedor esta Sección del manual (Sección 3) puesto que describe el criterio para la cobertura de muchos servicios.

Se necesita autorización

- Equipo médico durable con un precio de compra o el precio total de alquiler de \$2,000 o más.
- Cuidado de la salud mental (se requiere aprobación de parte de nuestro contratista de salud mental)
 - Cuidado de la salud mental como paciente hospitalizado
 - Cuidado en instalaciones de tratamiento residencial
 - Abuso por uso de sustancias o alcohol
 - Atención en programas de hospitalización parcial (PHP)

- Solicitudes para la ampliación de nuestros límites anuales en atención de salud mental para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios.

- Cuidado dental. La cobertura es **muy** limitada y en la mayoría de los casos CHAMPVA no cubre el cuidado dental. Existen excepciones para el requerimiento de autorización.

Excepciones del requisito de autorización

- Los servicios de salud mental y equipo médico durable proporcionados a través del programa CITI de VA no requieren autorización.
- Cuando Medicare es el pagador primario y éste ha autorizado un servicio, no requerimos autorización para esos mismos servicios. Si Medicare rechaza la cobertura debido a que no se siguieron sus normas para obtener la cobertura o no se ha establecido que es una necesidad médica, nosotros también rechazaremos la cobertura.

Para obtener autorización para servicios de equipo médico durable o dentales:

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

Teléfono: 1-800-733-8387

Para obtener autorización para servicios de salud mental y abuso de sustancias:

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

Phone: 1-800-424-4018 (local)
1-720-529-7400 (internacional)

Beneficios Cubiertos (no incluye todos)

Para ayudarlo a mantenerse saludable e identificar los problemas de salud a tiempo, a continuación presentamos una lista en orden alfabético de los servicios de prevención que cubrimos. En todos los casos, su médico determinará cuando es **médicamente necesario** y adecuado para el servicio médico.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN	
Mediciones de masa ósea	Estas mediciones ayudan a determinar si tiene riesgo de sufrir fractura de huesos.
Pruebas cardiovasculares	Pida a su médico que haga exámenes de sus niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos para que pueda ayudarlo a evitar un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.
Pruebas para detección de cáncer	Los exámenes de detección de cáncer incluyen exámenes del colon recto, cavidad oral, próstata, piel, testículos, mamas y tiroides.
Pruebas de colesterol	De acuerdo a la recomendación de su médico según su edad, salud y factores de riesgo.
Colonoscopia	Se administra una vez cada diez años después de los 50 o con mayor frecuencia si su médico determina que tiene riesgo de padecer de cáncer de colon.
Pruebas de diabetes	Cubrimos estas pruebas cuando usted presenta los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial alta, dislipidemia (historia de niveles de colesterol y triglicéridos anormales), obesidad o una historia de niveles de glucosa altos. O si tiene dos o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • 65 años o más, sobrepeso, historia familiar de diabetes (padres, hermanos); y una historia de diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) o dar a luz un bebé de más de nueve libras. De acuerdo a los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para que se le realice hasta dos exámenes de diabetes por año. Hable con su médico para obtener más información.
Exámenes genéticos	Cuando existen antecedentes de cáncer de mama o anemia deprimocítica.
Exámenes de VIH	Cuando haya habido exposición al virus de VIH o presente síntomas de posible infección.
Inmunizaciones y vacunas	Su médico le aconsejará cuando es conveniente que usted o su hijo/a se sometan a inmunizaciones rutinarias de acuerdo a las recomendaciones de los Centros de Control de Enfermedades y otros factores específicos. Asimismo, cubrimos las vacunas contra la rabia posteriores a la exposición, e inmunoglobulina Rh después del nacimiento de un bebé con Rh positivo de una mujer con Rh negativo.
Exámenes de papanicolau y examen pélvico	Estos exámenes detectan el cáncer cervical y vaginal. Exámenes de papanicolau para pacientes de 18 años o más y para personas menores de 18 años cuando lo recomienda un médico clínico.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Mamografías	<p>Estas pruebas detectan el cáncer de mama antes de que usted o su médico sepan que existe un problema.</p> <p>Edad entre 35 y 40:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de base o • Anualmente si su médico determina que es una paciente de alto riesgo. <p>Más de 40 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anualmente
Cuidado del niño sano	<p>Hasta los seis años, comprende exámenes físicos; evaluación del desarrollo y del comportamiento; exámenes sensoriales (visión/oído); exámenes genéticos y metabólicos; asesoría y guía en salud y pruebas de laboratorio</p>

El siguiente cuadro brinda una lista, en orden alfabético de los servicios que se cubren cuando son **médicamente necesarios**, además de los servicios de prevención indicados líneas arriba. Estas listas NO incluyen todos los servicios. Para obtener información adicional, consulte el Manual de la Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 3, disponible en nuestro sitio Web www.va.gov/hac. Revise las condiciones de la cobertura que aparecen a continuación para conocer las limitaciones y el cuadro de servicios no cubiertos.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
ADD o ADHD	El trastorno de déficit de atención con hiperactividad se considera una enfermedad mental.
Abuso de alcohol (tratamiento para)	Se requiere autorización previa. Ver “Abuso de sustancias” para conocer más sobre la cobertura específica del beneficio.
Exámenes y tratamiento de alergias	Todos los reclamos para las pruebas de alergia deben indicar el tipo y número de pruebas realizadas. Cubrimos RAST (Prueba de radioalergoabsorbencia), FAST (Prueba de fluoroabsorbencia) e IPA (Prueba de la inmunoperoxidasa) para pruebas de alergias a alimentos o a inhalantes. PRIST (Prueba de radioinmunoabsorbencia en papel) y RIST (Prueba de radioinmunoabsorción) y pruebas de resistencia bronquial.
Servicio de ambulancia	Cuando se requiere equipo de sostenimiento vital para una dolencia médicamente cubierta o cuando otros medios de transporte están contraindicados. Servicio de ambulancia, que no sean vehículos terrestres (tales como botes o aviones) se pueden considerar solo cuando el punto de recojo sea inaccesible para un vehículo terrestre o cuando se trate de distancias considerables o existan otros obstáculos. Antes del pago, será necesario contar con la información para justificar el uso de un servicio de un vehículo que no sea terrestre.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Cirugía ambulatoria	Ejecutado en forma ambulatoria, sin cita o en el mismo día en una instalación que cuente con el personal y equipo adecuado. La cirugía usualmente se realiza bajo anestesia general y no requiere hospitalización durante la noche. Nuestra cobertura de un procedimiento de cirugía ambulatorio depende del lugar donde se realice la cirugía. La mayoría de los procedimientos de cirugía ambulatoria ejecutados en un hospital se cubre cuando es médicamente necesario . Determinados procedimientos también se cubren cuando se realizan en un centro de cirugía ambulatorio independiente aprobado por Medicare.
Anquiloglosia (frenillo que restringe la función total o completa de la lengua)	La cirugía para el frenillo de la lengua se cubre en casos en los que se documente anquiloglosia completa o total.
Extracción de sangre autóloga (transfusión sanguínea)	Se cubre la extracción de sangre, procesamiento y almacenamiento cuando se trata de un procedimiento quirúrgico programado.
Elevadores para pacientes	El reclamo debe estar acompañado por una orden de CMN o del médico con el diagnóstico. Se requiere documentación donde se indica los antecedentes de un impedimento que no permite abandonar la cama; y que no hay un cuidador que lo ayude a acostarse o levantarse. Deberá proporcionarnos las especificaciones para el elevador. No se cubre las modificaciones a realizar en el hogar.
Bioretroalimentación	Algunos tipos de terapias (electrotérmica, electromiografía y electrodérmica) están cubiertas cuando existe documentación médica indicando que no ha habido respuesta a otras formas convencionales de terapia.
Control de la natalidad	Dispositivos intrauterinos (DIU), diafragmas, píldoras para el control de la natalidad, implantes anticonceptivos reversibles Norplant a largo plazo, esterilización (vasectomía o ligadura de trompas).
Blefaroplastía	Cubierta cuando se ha documentado médicamente que existe una incapacidad grave para la visión. La documentación médica debe incluir dos estudios del campo visual; uno con levantamiento de párpados y otro sin el mismo, además de fotografías.
Estimulación eléctrica ósea con estimulador de crecimiento óseo	Se debe acompañar el reclamo con la orden de CMN o del médico conjuntamente con el diagnóstico; documentación de antecedentes de una fractura que no ha sanado por 3 meses o más.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Reconstrucción de seno	Cubierta después de una mastectomía médicamente necesaria .
Reducción del busto (mamoplastía de reducción)	Cubierta cuando existen señales y síntomas de macromastia o dolor de difícil cura, que no se puede tratar con otras procedimientos. Los síntomas deben existir como mínimo un año. Los reclamos deberán incluir la historia clínica con el informe operativo. Debe incluir documentación de los síntomas persistentes y dolorosos incluyendo dolor en la espalda, cuello y hombros, postura deficiente, parestesia cubital, ulceraciones en la espalda, erupciones, restricción de actividades físicas y # estimado de gramos que se debe retirar.
Programas de rehabilitación cardíaca	Limitados a 36 sesiones y normalmente completadas en el transcurso de 12 meses posteriores a un evento cardíaco que califique.
Corrección de paladar hendido	El reclamo deberá incluir una declaración médica del médico donde se incluya la siguiente información: una breve reseña médica, condición, síntomas, tiempo de persistencia de los síntomas, otras formas de tratamiento intentadas, informe operativo y fotografías, si las hubiera.
Tomografía computarizada (CT)	Tomografía computarizada.
Servicios dentales (complementario)	El cuidado dental se puede considerar para la cobertura <u>solo</u> cuando es complementario. Lo que significa que el tratamiento dental DEBERÁ completarse como parte del tratamiento apropiado de la otra dolencia médica cubierta (no dental). Por ejemplo, un dentista tiene que extraer un diente fracturado para reparar un maxilar inferior lesionado. El cuidado dental requiere autorización previa.
Procedimientos dermatológicos	Para el tratamiento de dolencias cubiertas tales como acné y para cicatrices hipertróficas y queloides resultantes de quemaduras, procedimientos quirúrgicos o eventos traumáticos.
Programa de capacitación para el automanejo de la diabetes (paciente ambulatorio)	Recetado por un médico para instruir sobre el automonitoreo de glucosa en la sangre, dieta y ejercicio (existen limitaciones y se debe adjuntar a la factura la documentación médica del proveedor).

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Abuso de drogas (tratamiento para)	Se requiere autorización previa. Ver “Abuso de sustancias” para la cobertura de beneficios específicos.
Drogas y medicamentos	Las drogas y medicamentos deben estar aprobados por la Administración de Drogas y Medicamentos de los Servicios Humanos y de Salud (FDA) para el tratamiento de la dolencia para la cual se están administrando; haber sido recetados por un proveedor autorizado ; y dispensados de acuerdo a las leyes del estado y requerimientos de licencia.
Equipo médico durable (DME)	<p>El DME es equipo que puede soportar el uso repetitivo; se usa primordialmente para fines médicos; por lo general, no es útil si una persona no se encuentra enferma o sufre alguna lesión; y es apropiado para el uso en el hogar. El DME incluye artículos como sillas de ruedas o camas de hospitales. Un médico deberá indicar el uso del equipo DME y estar previamente autorizado por nosotros si el costo total (por alquiler o compra) supera \$2,000.</p> <p>Las solicitudes de autorización previa deberán incluir la orden CMN o DME del médico. Esta información puede presentarse como una carta o usando un formulario CMN de Medicare. En ambos casos, se deberá incluir la siguiente información: el nombre, dirección número de identificación del contribuyente del proveedor, el equipo requerido (el número de modelo y fabricación, costo y especificaciones para cualquier modificación); diagnóstico; necesidad médica; y el tiempo previsto de requerimiento del artículo.</p> <p>Es posible que la cobertura autorice modificaciones, accesorios o suministros que son esenciales para brindar un beneficio terapéutico y para asegurar el funcionamiento adecuado del equipo; duplicación del artículo de DME cuando sea esencial para brindar un sistema de apoyo de vida, libre de fallas para uso en el hogar; mantenimiento a través de un técnico autorizado del fabricante; reparación y ajuste; reemplazo necesario como resultado del uso normal o un cambio en la situación médica; alquiler temporal cuando el DME comprado se encuentra en reparación; y/o un elevador de silla de ruedas para vehículo (desmontable).</p>
Trastornos de la alimentación	Cubiertos cuando cuenta con la autorización previa del contratista de salud mental de CHAMPVA.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Anteojos, lentes, lentes de contacto	Cuando se requieren después de una cirugía intraocular, lesión ocular o ausencia congénita del cristalino.
Planificación familiar y maternidad	Cubrimos la mayoría de los tratamientos relacionados con atención prenatal, parto y postnatal, incluyendo complicaciones asociadas al embarazo tales como aborto involuntario, parto prematuro y hemorragia. Los servicios a la madre y al niño deben facturarse por separado.
Prueba de fibronectina fetal	Los servicios brindados a la madre y aquellos brindados al niño deben facturarse por separado.
Servicios para el cuidado del pie	Cubiertos cuando no se trata de un tratamiento de rutina, si no un tratamiento médicamente necesario para un diagnóstico específico como la diabetes.
Exámenes genéticos durante el embarazo	Cubrimos estos exámenes en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • mujeres de 35 años o más • uno de los padres tuvo un niño anterior con una anomalía congénita • uno de los padres tiene antecedentes (personales o familiares) de anomalía congénita • la madre ha contraído la rubéola durante el primer trimestre • antecedentes de fibrosis quística o trastornos genéticos recesivos
Hiperplasia gingival	Cuando ha sido causado por una terapia prolongada con medicamento para dolencias como epilepsia o convulsiones
Cuidado de la salud en el hogar	Incluye cuidados de enfermería especializada y atención de rehabilitación, como parte de un plan de tratamiento del médico y brindado por un cuidador registrado o licenciado. El cuidado de la salud en el hogar es una atención especializada brindada de manera intermitente en un hogar cuando se trata de una persona confinada en su hogar.
Hospicio	Cubrimos la atención en el hospicio en el caso de pacientes con enfermedades terminales que tienen una esperanza de vida de seis meses o menos. El beneficio CHAMPVA es muy parecido al beneficio de servicio de hospicio de Medicare. El programa está diseñado para brindar atención y comodidad a nuestros beneficiarios y enfatiza los servicios de apoyo tales como control del dolor, cuidado en el hogar y comodidad del paciente. (continua en la página siguiente)

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Hospicio (continuación de la página anterior)	A su cuidador del hospicio se le solicitará que proporcione la siguiente información para obtener la autorización: Número de identificación de contribuyente del hospicio, número del proveedor Medicare, dirección del hospicio, condado en donde está ubicado el hospicio, remitir a (lugar para enviar el pago por correo) nombre del médico tratante, nombre del médico del hospicio, diagnóstico, si la solicitud es para paciente hospitalizado, cuidado en el hogar, o servicios de atención de relevo, certificación de enfermedad terminal otorgada por el médico, elección del hospicio por parte del paciente (firmada por el paciente o representante del paciente en base a un poder de cuidado de la salud), tasa (diaria) de desembolso por día del hospicio de Medicare, lista detallada de medicamentos o cualquier otro servicio no incluido en el costo por día del hospicio.
Implantes (cirugía)	Deben ser aprobados por la FDA . Existen limitaciones, por lo tanto, verifique con nosotros antes de la cirugía. Por ejemplo, los implantes de mama se cubren para cirugía reconstructiva después de una mastectomía, pero no para aumento del busto.
Exámenes y tratamiento por infertilidad	Los servicios incluyen las pruebas de diagnóstico, intervención quirúrgica, terapia de hormonas y otros procedimientos cubiertos para corregir la causa de la infertilidad.
Insulina y suministros para la diabetes	Cubiertos aun cuando no se requiera una receta de acuerdo a la ley estatal. Las bombas de insulina están cubiertas cuando el reclamo está acompañado por un CMN o la orden del médico con el diagnóstico de Diabetes Mellitus.
Diálisis del riñón (renal)	Limitada a los periodos de no elegibilidad de Medicare (la cobertura de Medicare para personas con insuficiencia renal terminal (ESRD) empieza 90 días a partir del inicio del tratamiento de diálisis de mantenimiento en cuyo momento nos convertimos en pagador secundario)
Cirugía láser	Cubierta cuando el procedimiento quirúrgico es médicamente necesario , considerada una práctica médica aceptable para la dolencia, el láser está aprobado por la FDA y simplemente se usa como un sustituto del bisturí.
Pérdida de sustancia mandibular	Cubierta debido a un traumatismo directo o tratamiento de neoplasma (tumor). Se requiere una declaración médica que indique el diagnóstico, antecedentes del traumatismo o tratamiento de un neoplasma y la edad del paciente. Incluye una descripción detallada del plan de tratamiento protésico de ser aplicable.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
MRA, MRI, MRS	Angiografía por resonancia magnética (MRA), imágenes por resonancia magnética (MRI) y espectroscopia por resonancia magnética (MRS). Los reclamos tanto para una MRI como para una tomografía computarizada de la misma área del cuerpo para el mismo episodio de cuidado requerirán que se documente la necesidad de los mismos, la cual se revisará para corroborar que sea médicamente adecuada.
Brasieres y prótesis para mastectomía	Hasta siete brasieres cada 12 meses; reemplazo de las prótesis de mama cada 24 meses.
Atención como paciente hospitalizado por salud mental	Cuidado agudo que incluye habitación, alimentos y otros servicios hospitalarios. Beneficio: 30 días para beneficiarios de 19 años o más, por año o durante un episodio único de cuidado; 45 días por año fiscal para cuidado agudo como paciente hospitalizado para beneficiarios de 18 años o menos; una sesión de terapia física por día que no supere siete sesiones por semana (más de siete sesiones por semana requieren autorización del contratista de salud mental). Se requiere autorización previa del contratista de salud mental. El contratista de salud mental de CHAMPVA puede considerar una exoneración del límite de 30/45 días.
Atención ambulatoria por salud mental	Beneficio: 23 sesiones de terapia física ambulatorias por año cuando sea médicamente necesario, que no supere dos sesiones de terapia física por semana en cualquier combinación como persona, familia, colateral o grupo. Se puede asignar más de 23 visitas por año y más de dos visitas por semana cuando se cuenta con la autorización previa del contratista de salud mental de CHAMPVA. Se encuentran cubiertas las terapias físicas individuales (limitadas a 60 minutos, salvo en caso de intervenciones en crisis) y sesiones de terapia física que superen los 50 minutos que hayan sido autorizadas previamente por el contratista de salud mental de CHAMPVA. Asimismo, se encuentran cubiertas múltiples sesiones en el mismo día en caso de intervenciones en crisis con la autorización previa del contratista de salud mental de CHAMPVA.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Hipersensibilidad al mercurio	Se cubre el retiro de la fuente de mercurio de amalgama dental bajo las siguientes condiciones: Diagnósticos independientes realizados por un médico alergista en base a prueba(s) generalmente aceptada(s) para la detección de hipersensibilidad al mercurio. Documentación, que de manera razonable descarte otras fuentes de exposición al mercurio que no sea la amalgama dental.
Obesidad mórbida	<p>Los procedimientos quirúrgicos están limitados a derivación gástrica, engrapado gástrico, gastroplastia (incluyendo gastroplastia vertical con banda), gastroyeyunostomía en Y de Roux, banda gástrica ajustable de silicona (LAP-BAND) y revisiones médicamente necesarias. Se debe adjuntar a los reclamos el índice de masa muscular (BMI), estatura actual, peso, antecedentes de otras condiciones médicas y antecedentes de otros tratamientos que se intentaron sin éxito.</p> <p>Se puede cubrir la corrección quirúrgica de la obesidad mórbida cuando se cumpla con una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La masa muscular del paciente es superior a 40 o, • BMI superior a 25 con estados médicos graves exacerbados o causados por la obesidad o, • Segunda cirugía (abrir nuevamente) por complicaciones debido a una corrección quirúrgica anterior.
Síndrome de disfunción por dolor miofacial	Se puede considerar el tratamiento de este síndrome como problema médico solo cuando implique el alivio inmediato del dolor. El tratamiento que supere las cuatro visitas o cualquier episodio de cuidado repetido dentro de un periodo de seis (6) meses debe estar documentado por el proveedor de servicios y contar con nuestra revisión médica.
Cuidado del recién nacido	El cuidado del bebé se paga como parte de la atención de maternidad a la madre durante los tres primeros días. Pasados tres días, el cuidado del bebé está sujeto a un costo compartido separado.
Terapia ocupacional	La capacitación y evaluación no puede estar relacionada básicamente al empleo.
Aparatos ortopédicos y otros dispositivos	Para el cuello, brazo, espalda y pierna para ayudarlo a moverse o para brindar soporte a un miembro.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Zapatos ortóticos para diabéticos	<p>Solo un par de zapatos hechos a medidas (incluyendo añadidos) por año calendario.</p> <p>Un par de zapatos con mayor profundidad (no incluye plantillas proporcionadas con esos zapatos) por año calendario.</p> <p>Tres pares de plantillas de densidad múltiple por año calendario.</p>
Oxígeno y equipo relacionado (incluye concentradores de oxígeno)	<p>Se requiere un CMN que incluya el índice de flujo de oxígeno con la frecuencia y duración de uso, tiempo estimado que se requerirá el oxígeno y la forma de suministro. Se puede usar un CMN de Medicare o el médico puede proporcionar esta información en una hoja con su membrete. Si el certificado inicial de necesidad médica muestra que hay una necesidad de por vida o indefinida, no se requiere una nueva receta con cada factura mientras el diagnóstico respalde la necesidad continua.</p>
Paniculectomía	<p>Se debe presentar documentación médica con el reclamo en la que se demuestre que las complicaciones experimentadas son el resultado del pannus dilatado tales como erupción/infección cutánea, tratamientos farmacológicos que se intentaron sin éxito y/o dolor de la parte baja de la espalda.</p>
Implante de pene/prótesis testicular	<p>Por impotencia orgánica, corrección de una anomalía congénita o corrección de genitales ambiguos.</p>
Terapia física	<p>Los servicios de terapia física deben ser recetados por un médico y la <u>terapia física administradas a nivel profesional</u> para ayudar a alcanzar mayor autosuficiencia, movilidad y productividad y están cubiertos cuando los ejercicios y otras modalidades mejoran el fortalecimiento de los músculos y la movilidad, coordinación y resistencia de las articulaciones.</p>
Tomografía emisional de positrón (PET)	<p>Beneficio cubierto cuando se usa para identificar convulsiones parciales complejas, evaluación de cardiopatía isquémica, y para identificar tumores primarios desconocidos. El PET (tomografía por emisión) se considera experimental o de investigación para el diagnóstico de muchas otras condiciones. Para obtener mayor información consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2 Beneficios, Sección 26.9 disponible en nuestro sitio Web (www.va.gov/hac).</p>

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Cirugía plástica	Este beneficio es muy limitado. Puede cubrirse a fin de corregir un defecto congénito grave como labio leporino/paladar hendido, reconstrucción de la forma o función del cuerpo después de una lesión accidental, mejorar la apariencia después de sufrir una desfiguración grave o cicatrices importantes originadas por una cirugía de cáncer, o cirugía reconstructiva de mama después de una mastectomía que sea cubierta por CHAMPVA.
Dispositivos prostéticos	Miembros artificiales, ojos, prótesis de voz e implantes quirúrgicos aprobados por la FDA.
Programa psiquiátrico de hospitalización parcial (PHP)	<p>Beneficio: 60 días por año.</p> <p>Para calificar como un PHP, el programa debe ser como mínimo de tres horas al día, y estar disponible cinco días a la semana (día, tarde o programa de fin de semana).</p> <p>La instalación debe ser un proveedor aprobado por TRICARE o una instalación certificada por Medicare.</p> <p>Se requiere la autorización previa del contratista de salud mental de CHAMPVA, salvo que Medicare sea el pagador primario. En ese caso, cuando Medicare ha autorizado la atención, el servicio no requiere autorización previa a través de nuestro contratista de salud mental.</p>
Programas de rehabilitación pulmonar	Limitados a periodos antes y después de trasplantes de pulmón o corazón/pulmón y enfermedades cardiopulmonares.
Radioterapia	Se cubre braquiterapia, terapia de neutrones rápidos, radioterapia hiperfraccionada y sinoviólisis de fosfato de cromo radioactivo.
Centro residencial de tratamiento (RTC)	<p>Beneficio: 150 días por año.</p> <p>El contratista de salud mental de CHAMPVA requiere una autorización previa por lo menos tres días antes de la admisión.</p> <p>El cuidado se puede brindar en instalaciones autorizadas por TRICARE.</p> <p>La atención en un RTC es para adolescentes de 18 años o menores (o de menos de 21 años si se trata de un estudiante a tiempo completo) La atención puede autorizarse cuando un psiquiatra recomienda la admisión por un desorden psiquiátrico diagnosticable y un psiquiatra o psicólogo clínico dirige el plan de tratamiento. Nota: el plan de tratamiento deberá incluir una disposición para terapia familiar.</p> <p>También se cubre la Terapia de Familia Geográficamente Distante (GDFT) cuando se cuenta con la autorización previa del contratista de salud mental.</p>

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Tomografía por emisión de fotón único (SPECT)	Es un beneficio cubierto cuando se usa para identificar la perfusión de miocardio, evaluación de trastornos convulsivos, monitoreo de cáncer de próstata con metástasis después de la cirugía. El SPECT se considera experimental o de investigación para el diagnóstico de muchas otras dolencias. Para obtener mayor información consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2 Beneficios, Sección 26.11 disponible en nuestro sitio Web (www.va.gov/hac).
Cuidado de enfermería especializada	Diversos cuidadores profesionales licenciados pueden brindar atención especializada. Puede incluir a una enfermera registrada (RN), enfermera médica/vocacional licenciada (LPN/LVN), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratorio o trabajador social. La atención especializada se puede brindar en diferentes ambientes tales como la residencia del paciente o una instalación de rehabilitación. El lugar donde se brinde la atención depende del número y frecuencia del cuidado y la gravedad de la enfermedad.
Cuidado en instalación de enfermería especializada	Una instalación de enfermería especializada (SNF) brinda servicios de enfermería especializada o atención de rehabilitación para pacientes que necesitan 24 horas por día de atención bajo la supervisión de una enfermera registrada o médico. Un servicio se considera como atención especializada si no puede ser realizado por personal no médico. La atención especializada se puede brindar en una instalación que esté separada del hospital o en un ambiente diferente de un hospital. La atención de enfermería especializada no requiere de autorización previa, pero todos los reclamos están sujetos a revisión médica. Los reclamos deben estar acompañados por documentación médica que justifique dicho nivel de atención diaria.
Terapia del habla	<p>Para los impedimentos físicos que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lesión cerebral (por Ej., lesión cerebral traumática, infarto cerebral/accidente cerebrovascular, etc.) • anomalías congénitas (por Ej., labio leporino y paladar hendido), • trastornos neuromusculares tales como parálisis cerebral, • trastornos sensoriales congénitos. <p>(La Ley de Educación para Personas Incapacitadas (IDEA)) requiere escuelas para brindar los servicios de terapia del habla a menores de 21 años. Si los servicios no se encuentran disponibles a través del estado, se requiere la documentación de parte del estado).</p>

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Abuso de sustancias (tratamiento por)	<p>Beneficio: tres (3) periodos de beneficio de tratamiento de trastorno por uso de sustancias de por vida. Un periodo de beneficio se inicia con la primera fecha de tratamiento cubierta y finaliza 365 días después (sin considerar el total de servicios usado realmente dentro del periodo de beneficio de un año).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación ambulatoria 60 sesiones de terapia grupal para rehabilitación ambulatoria, cuando sean médicamente necesarias, por periodo de beneficio (la terapia individual no está cubierta para rehabilitación por trastorno de uso de sustancias) 15 sesiones por periodo de beneficio para terapia familiar proporcionadas en forma ambulatoria. Se requiere autorización previa por servicios ambulatorios si supera las 60 sesiones de terapia grupal o 15 sesiones de terapia familiar durante un año de beneficio. • Desintoxicación Servicios de desintoxicación como paciente hospitalizado. El contratista de salud mental de CHAMPVA requiere una autorización previa. Limitado a siete días por admisión y se considera dentro del límite de 30/45 días de salud mental como paciente hospitalizado. La desintoxicación solo se puede aprobar si se brinda el cuidado bajo supervisión médica general. • Rehabilitación con hospitalización parcial y hospitalización Se requiere autorización previa. Limitado a no más de una estadía de hospitalización en un periodo de beneficio de 21 días. Limitado a tres periodos de beneficio o estadías para rehabilitación de por vida. La instalación debe ser un proveedor aprobado por TRICARE o una instalación certificada de Medicare.
Esterilización quirúrgica	Ligadura de trompas y vasectomía.
Articulación temporomandibular (TMJ)	Radiografías iniciales, hasta cuatro visitas al consultorio, terapia física solo para tratamiento en fase aguda y construcción de férula oclusiva.
Neuroestimulador, TENS	El reclamo debe estar acompañada por una orden del CMN o del médico con el diagnóstico.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicio cubierto	Condiciones de la cobertura
Transplantes	<p>Se deberá proporcionar un resumen del equipo de transplante indicando la necesidad médica para el procedimiento. Están cubiertos los siguientes transplantes (al igual que los costos de los donantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> Transplante de médula ósea alogénica Transplante de médula ósea autóloga Transplante de córnea Transplante de corazón Transplante de corazón-riñón Transplante de corazón-pulmón Transplante de riñón Transplante de hígado Transplante de hígado-riñón Transplante de pulmón Transplante multivisceral Transplante de páncreas Transplante de páncreas después de transplante de riñón Transplante simultáneo de páncreas y riñón Transplante de células madre periféricas Transplante de intestino delgado Transplante de intestino delgado-hígado Transplante de células madre sanguíneas del cordón umbilical
Ultrasonido	<p>Los procedimientos de ultrasonido para diagnóstico, orientación y evaluación postoperatoria de procedimientos quirúrgicos pueden tener un costo compartido. El ultrasonido relacionado con el embarazo se limita al diagnóstico y manejo de un embarazo de alto riesgo o cuando hay probabilidad razonable de complicaciones neonatales.</p>
Silla de ruedas o monopatín (motorizados)	<p>El reclamo debe estar acompañado por una orden del CMN o del médico con el diagnóstico. La evaluación de la disposición del asiento se debe ejecutar con la indicación de que el vehículo pueda usarse dentro de la casa.</p>
Peluca o postizo	<p>Como resultado de tratamiento por cáncer (uno de por vida).</p>
Wound vac (Cierre de heridas por vacío)	<p>El reclamo debe estar acompañado por una orden de CMN o del médico. Necesitaremos las medidas de la herida (longitud/ancho, profundidad) la fecha de inicio y el tiempo que se requiere.</p>

Servicios no cubiertos (no incluye todos)

El presente cuadro proporciona una lista en forma alfabética de los servicios no cubiertos. Para obtener información adicional, consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 3, disponible en nuestro sitio Web. Los reclamos que se presentan por estos servicios se rechazan.

SERVICIOS NO CUBIERTOS
Acupuntura
Acondicionadores, humidificadores, deshumidificadores y purificadores de aire
Consejería por aborto
Abortos salvo que un médico certifique que la vida de la madre podría estar en peligro si el embarazo llega a término.
Esteroides anabólicos
Inseminación artificial
Autopsia y exámenes post-mortem
Terapia de aversión
Derivación biliopancreática
Tratamiento de bioalimentación de la tensión muscular ordinaria, condiciones psicosomáticas, hipertensión o migrañas.
Transplantes de médula para el tratamiento de cáncer ovárico
Puentes (colocación o modificación)
Campamentos
Cuidado por el que no está obligado a pagar, tales como servicios obtenidos en una feria de salud
Cuidado o suministros proporcionados o recetados por un familiar inmediato.
Cuidado proporcionado fuera del ámbito de la licencia o certificación del proveedor
Exfoliación química para arrugas faciales
Servicios de quiropráctica
“Tratamiento ausente” de la Ciencia Cristiana también denominado “tratamiento a través de la oración y medios espirituales”
Síndrome de fatiga crónica
Anticonceptivos que no requieran una receta médica tales como condones, espumas espermicidas y jaleas.
Medicamentos cosméticos (por Ej., tretinoína (Retin A), Botox)
Cirugía estética ejecutada para mejorar la apariencia física o con fines psicológicos

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Servicios de consejería relacionados con el uso de tabaco, prácticas sexuales seguras, salud dental, asesoría nutricional, manejo del estrés, modificaciones de estilo de vida o con fines socioeconómicos

Tratamiento ordenado por una corte en la que se dirige al paciente a un proveedor de un tratamiento específico, y el programa de tratamiento está disponible sin costo alguno para el **beneficiario**.

Cuidado de custodia (como baño, alimentación), hogares de reposo o de retiro, centros de rehabilitación y domiciliarios (casas o residencia permanente)

Caries dentales (caries)

Dentaduras postizas parciales o totales (colocación o modificación)

Pruebas de diagnóstico para determinar el sexo de un bebé

Pruebas de diagnóstico para determinar la paternidad de un menor

Cuidado/servicios domiciliarios incluyendo casas de transición e instalaciones de cura y reposo

Programas de mantenimiento con medicamentos en los que una droga adictiva se reemplaza por otra (como metadona por heroína)

Medicamentos que no están aprobados por la **FDA**

Equipo médico durable rechazado por Medicare como no **necesario médicamente**

Asesoría educativa

Eliminación del vello por electrólisis

Terapia de electroshock (EST) como refuerzo negativo

Transferencia de embrión

Exámenes solicitados para el empleo

Equipo para ejercicios

Programas de ejercicios (general)

Medicamentos experimentales, en proceso de investigación o no probados que no han sido aprobados por la **FDA** para su comercialización.

Exámenes de ojos y audición (rutinarios)

Reprocesamiento por movimientos oculares de desensibilización (EMDR)

Anteojos, lentes de contacto, espejuelos u otros tipos de dispositivos ópticos excepto los consignados en beneficios *Cubiertos*

Cuidado o suministros proporcionados por la familia

Servicios de cuidado del pie de rutina, tales como eliminación de callos y callosidades

Medicamentos del Grupo C para pacientes con cáncer terminal (estos medicamentos se encuentran disponibles sin costo en el Instituto Nacional del Cáncer a través de sus médicos registrados)

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Imágenes guiadas

Transplantes de cabello

Membresía en un club de salud

Audífonos o exámenes para el uso de audífonos

Exámenes de audición a menos que estén relacionados con una enfermedad/lesión cubierta

Terapia holística (como terapias bioenergéticas y ortomoleculares)

Baños calientes

Limpieza del hogar, ama de casa y servicios de atención

Hipnosis

Inmunoglobulina

Vacunas para viaje

Lesiones (traumáticas) dentales solamente

Estadía de hospitalización para controlar en primera instancia o retener a un menor fugitivo

Fertilización In vitro

Medicamentos en investigación

Trastornos de aprendizaje tales como trastornos de lectura o dislexia, trastornos en el aprendizaje de matemáticas, trastornos en la expresión escrita y/o trastornos del aprendizaje o que no se hayan especificado.

Terapia de luz para trastornos afectivos estacionales (SAD)

Cuidado a largo plazo

Equipo suntuario o de lujo (cubrimos solo el costo del equipo básico que cumpla con sus necesidades médicas)

Contratos/acuerdos de mantenimiento

Terapia maratón

Consejería matrimonial

Fotografía médica

Terapia megavitamínica

Expansión de la mente o psicoterapia electiva, por ejemplo, terapia Z y meditación trascendentaltratamientos ecológicos ambientales y terapia primal

Terapia multifamiliar de grupo

Modificaciones a la casa o vehículo

Clases de partos naturales

Servicios naturopáticos

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Cuidado ortodóncico (aparatos)

Terapia ortomolecular psiquiátrica

Ortótica (ejercicios oculares o entrenamiento visual)

Dispositivos ortóticos para los zapatos, como elevadores de talón, soportes de arco, plantillas, etc., a menos que estén relacionados con un caso de diabetes

Psicoterapia ambulatoria proporcionada mientras un beneficiario está participando en un programa como paciente hospitalizado.

Anticonceptivos de **Venta libre** como condones y espumas espermicidas

Medicaciones de **Venta libre** que no necesitan una receta (excepto para la insulina y suministros relacionados con la diabetes que se cubren cuando no se requiere una receta del médico de acuerdo a la ley estatal)

Implante de pene/prótesis testicular por una causa psiquiátrica

Artículos de comodidad personal como teléfonos y televisores

Visitas postpartum al hogar por razones que no son médicas

Permanencia con hospitalización de un infante después del parto para fines de permanecer con la madre (cuando la madre requiere tratamiento continuo, más no así el recién nacido)

Permanencia con hospitalización de una madre después del parto a fin de quedarse con el recién nacido (cuando el recién nacido requiere tratamiento continuo, más no así la madre)

Exámenes físicos antes del empleo

Tratamiento de síndrome premenstrual

Habitaciones privadas de hospital

Queratomía radial

Cura de reposo

Hogares de reposo o retiro

Reversión de esterilización

Rolfing

Conductos radiculares

Cursos de autoayuda

Servicios brindados por proveedores suspendidos o sancionados por cualquier agencia federal. A fin de obtener un listado o buscar un proveedor excluido, utilice el vínculo de exclusiones de Medicare en el sitio Web del Centro de Administración de Salud en **www.va.gov/hac** o acceda directamente a esta información desde el sitio Web de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos en **<http://exclusions.oig.hhs.gov>**.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Los servicios y suministros obtenidos como parte de un subsidio, estudio o programa de investigación.

Servicios y suministros no proporcionados de acuerdo con estándares médicos profesionales aceptados o relacionados con procedimientos experimentales o de investigación/ o procedimientos o regímenes de tratamiento no probados.

Servicios o suministros superiores al nivel apropiado requerido para proporcionar el cuidado médico necesario.

Servicios proporcionados por un miembro de su familia cercana o persona que viva en su hogar.

Servicios y suministros que podrían haber sido realizados en forma rutinaria (y lo son) sobre una base ambulatoria

Servicios o asesoría brindada a través del teléfono

Cambios de sexo

Consejería de terapia sexual o modificación de comportamiento sexual

Disfunción sexual, parafilias y trastornos de identidad sexual

Medicación y productos para dejar de fumar

Spas

Consultas de personal requeridas por las políticas de un hospital o de otra institución

Manejo del estrés

Cirugía por razones psicológicas

Piscinas

Eliminación de tatuajes

Consultas telefónicas servicios, asesoramiento

Ausencias terapéuticas

Servicios de transporte que no requieren equipo de apoyo de vida

Tratamiento de salud dental precaria en general

Tratamiento de mucosa bucal seca (xerostomía)

Elevadores de vehículo que no son desmontables y que no pueden desmontarse de un vehículo y usarse en otro

Vitaminas, excepto por fórmulas de ácido fólico, niacina y vitaminas D, K, y B12 (inyección)

Consejería vocacional

Medicación para el control del peso o programas de adelgazamiento

Hidromasaje

Lesiones de compensación a los trabajadores

Recuérdese que las palabras que son verdes son definidas en las páginas 62-65

Sección 4: Sus Costos

Sus costos tienen dos partes. Primera, hay un deducible anual para la atención ambulatoria (por ejemplo, farmacia y citas con su médico). Segunda, la mayoría de los servicios y suministros médicos tienen un costo compartido (copago).

Si su proveedor no acepta una **asignación** usted, es responsable de su deducible y del costo compartido descrito más adelante) y cualquier monto adicional entre la **cantidad asignable** total (nuestra porción de la parte asignable y su costo compartido) y la cantidad facturada por el proveedor.

En el caso de cuidado que nosotros no cubramos, usted paga el total de la factura.

Si su proveedor acepta **asignaciones**, el proveedor acuerda aceptar nuestra cantidad asignable como pago total. Un proveedor no puede **facturarle el saldo** en este caso. Esto significa que el proveedor no puede facturarle la diferencia que haya entre la cantidad facturada y la cantidad asignable de CHAMPVA.

DEDUCIBLE ANUAL

El deducible anual (año calendario) como paciente ambulatorio es la cantidad que usted deberá pagar antes de que nosotros paguemos un servicio o suministro médico como paciente ambulatorio. El deducible es \$50 por **beneficiario** o un máximo de \$100 por familia por año. El deducible anual se deberá pagar antes de que nosotros paguemos 75% de la **cantidad asignable**. Como los reclamos se procesan para los servicios cubiertos, los cargos se acreditan automáticamente a los requerimientos individuales y familiares acumulativos para cada año calendario. **NO** envíe cheques para cumplir con sus requerimientos de deducible.

NO hay **deducible** para los servicios como paciente hospitalizado, servicios en instalaciones de cirugía ambulatoria, programas diarios parciales de psiquiatría, servicios de hospicio o servicios brindados por instalaciones médicas de VA (CITI, **Meds by Mail**).

COSTO COMPARTIDO

Un costo compartido o copago es una parte de la **cantidad asignable** de CHAMPVA que usted debe pagar. Salvo unas cuantas excepciones, usted pagará una parte del costo de su atención médica. Para los servicios cubiertos ambulatorios, nosotros pagamos hasta 75% de la **cantidad asignable** de CHAMPVA después de cumplir con el deducible. Para saber cuál es su costo compartido de servicio, por favor refiérase al cuadro que aparece en esta sección bajo el título *Resumen de Costos*, que empieza en la página 44.

NO hay un costo que le corresponda pagar por hospicio o por servicios recibidos a través de instalaciones médicas de VA. Esto incluye servicios recibidos en instalaciones de VA de acuerdo al programa CITI o medicamentos obtenidos a través del programa **Meds by Mail**.

LÍMITE CATASTRÓFICO

Su límite catastrófico es de \$3,000 por año calendario. A fin de proporcionar protección contra el impacto de una enfermedad a largo plazo o dolencia grave, hemos establecido un límite anual de gastos de desembolso para los servicios cubiertos pagados por usted. Este es el gasto máximo de desembolso en el que puede incurrir usted y su familia por servicios y suministros cubiertos por CHAMPVA en un año calendario. Los créditos para el límite catastrófico se aplican a partir del 1 de enero de cada año y rigen hasta fines del año calendario, el 31 de diciembre. Después de llegar al límite, se anula el costo compartido que le corresponde pagar a usted o a su familia por servicios cubiertos en lo que queda del año calendario, y nosotros pagamos el 100% de la **cantidad asignable** CHAMPVA para los servicios cubiertos por el tiempo que resta del año calendario.

Cada vez que pagamos una factura, su deducible y costo que le corresponde pagar se calculan y acreditan a su límite catastrófico. La cantidad acumulativa acreditada a su límite catastrófico se indica en la sección explicación de beneficios (**EOB**) que recibe después de que se pagan los servicios. Si encuentra un error, háganoslo saber inmediatamente.

CANTIDAD ASIGNABLE DE CHAMPVA

La **cantidad asignable** es lo máximo que pagaremos por un servicio o suministro cubierto. Nosotros determinamos la **cantidad asignable** antes de calcular el costo compartido que le corresponde pagar, el deducible o el pago **OHI**. La **cantidad asignable** CHAMPVA es generalmente la misma que la cantidad asignable de TRICARE o de Medicare.

COBERTURA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si vive o viaja al exterior, le brindamos los mismos beneficios como si se encontrara en EE.UU. Su deducible y el costo compartido serán igual a la cantidad asignada, que para los países extranjeros constituye la cantidad facturada razonable y habitual. Los reclamos recibidos en inglés (documentación referida a la facturación y médica) se procesarán más rápido ya que no será necesario coordinar la traducción. Sin embargo, si se recibe la documentación médica o de facturación en un idioma extranjero, se coordinará la traducción sin costo alguno para usted. Nuestros pagos se efectúan en dólares de EE.UU.

RESUMEN DE COSTOS –CUANDO NO CUENTA CON OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)

BENEFICIOS	¿DEDUCIBLE?	USTED PAGA
Cirugía ambulatoria	NO	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA
Cirugía ambulatoria (Programa CITI–VAMC)	NO	\$0
Servicios profesionales	SÍ	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA después del deducible
Servicios profesionales (Programa CITI–VAMC)	NO	\$0
Equipo médico durable (DME): de una fuente que no es VA	SÍ	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA después del deducible
Equipo médico durable (DME): Fuente VA	NO	\$0
Cargos por uso de la sala de emergencia	DEPENDE —si el cuidado emergente pasa a ser parte de los cargos como paciente hospitalizado o se mantiene como un cargo ambulatorio	Los cargos se incluirán en el cargo como paciente hospitalizado si una vez que se establezca se le admite en el hospital. Su pago estará entonces de acuerdo con los “servicios como paciente hospitalizado”. En caso que no se le admita en el hospital, su pago estará de acuerdo con los “servicios como paciente ambulatorio”.
Servicios como paciente hospitalizado: Basado en DRG	NO	El menor de: 1) cantidad por día por X cantidad de días de hospitalización ; 2) 25% de la cantidad facturada; o 3) tasa DRG
Servicios como paciente hospitalizado (Programa CITI–VAMC)	NO	\$0
Servicios como paciente hospitalizado: que no se basan en el DRG	NO	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA
Salud mental como paciente hospitalizado: Centros de tratamiento de Gran volumen y residencial	NO	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA

BENEFICIOS	¿DEDUCIBLE?	USTED PAGA
Salud mental como paciente hospitalizado: Volumen bajo	NO	El menor de: 1) cantidad por día por X cantidad de días de hospitalización; o 2) 25% de la cantidad facturada
Servicios ambulatorios (por ejemplo, visitas médicas, laboratorio/radiología, salud en el hogar, servicios de salud mental, visitas de enfermería especializada, ambulancia)	SÍ	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA después del deducible
Servicios ambulatorios (por ejemplo, visitas del médico, laboratorio/radiología) (Programa CITI-VAMC)	NO	\$0
Servicios de farmacia (venta directa)	SÍ	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA después del deducible
Servicios de farmacia (Meds by Mail o CITI)	NO	\$0

CUANDO CHAMPVA NO PAGA EN FORMA APROPIADA

A veces, en el procesamiento de millones de reclamos cada año, es posible que se le haga un pago superior involuntario a usted o a su proveedor, dependiendo de quien presentó el reclamo. Esto podría ocurrir cuando no sabemos que usted cuenta con otro seguro de salud que debería haber pagado antes de que se nos envíe la factura, cuando un proveedor nos factura dos veces el mismo servicio, o cuando de manera errónea pagamos servicios por usted o un miembro de su familia durante un periodo en el cual no es elegible. No importa a qué se debió el pago incorrecto, es necesario tomar las medidas para que la persona que recibió el pago equivocado devuelva el dinero. A esto lo denominamos **recuperación** y se efectúa con la finalidad de asegurar que sus dólares de impuestos se gasten de manera adecuada, de acuerdo a ley.

Esto es lo que sucederá si usted es la persona a quien se le pago de más. Recibirá una solicitud por escrito para la cancelación de la cantidad y la carta explicará sus derechos de acuerdo a ley. Usted debe responder a la solicitud en un plazo de 30 días. Asegúrese de responder a la brevedad posible. Si no puede afrontar el pago por el total del dinero de una sola vez, es posible que pueda realizar pagos mensuales. Se le solicitará información financiera si solicita una exoneración del sobrepago. Dependiendo del resultado de la revisión de dicha información, se puede reducir o exonerar la deuda. Si no responde a nuestra notificación, se iniciarán las acciones respectivas para el cobro de la cantidad adeudada a la VA.

Sección 5: Otros Seguros de Salud

Recuerdese que las palabras que son verdes son definidas en las paginas 62-65



CERTIFICACIÓN OHI

Cuando usted aplicó por primer vez a CHAMPVA se le pidió completar un Formulario de Certificación OHI de CHAMPVA (Formulario VA 10-7959c). Cada vez que haya una variación de su situación OHI, usted debe informarnos el cambio respectivo. De manera periódica le pediremos que vuelva a certificar su condición OHI completando el formulario y enviándonoslo a la dirección indicada en “Where to send completed forms” (“Dónde enviar los formularios completados”), página 60. O, puede llamar a nuestro número gratuito y proporcionar la información a un representante del servicio al cliente.

Si su OHI es Medicare, incluya una copia de su tarjeta Medicare.

Si su OHI es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o plan preferred provider organization (PPO) (Plan de organización preferida), incluya una copia de la información de copago del plan y programa de beneficios.

CHAMPVA COMO PAGADOR PRIMARIO

Si también califica para uno de los tres tipos de compañías de seguro enumerados más adelante, nosotros seguiremos pagando primero (en calidad de **asegurador primario**). Tales planes son:

Medicaid

Si usted es elegible para Medicaid, nosotros pagamos primero. En los casos en donde es posible que Medicaid haya realizado pagos por servicios y suministros médicos primero, le reembolsaremos a la agencia Medicaid apropiada la cantidad que habríamos pagado si no existieran los beneficios Medicaid o la cantidad pagada por Medicaid, la que sea menor.

Programa Estatal de Compensación para Víctimas de Crímenes

Siempre pagamos primero si usted es elegible bajo el Programa estatal de compensación para víctimas de crimen.

Seguro de salud suplementario de CHAMPVA

Hay varias compañías que ofrecen pólizas suplementarias de CHAMPVA. Después de efectuar un pago por servicios de cuidado de la salud, sus gastos de desembolso restantes tales como deducibles y copagos se pagan con frecuencia a través de la póliza de **seguro suplementario**. Si tiene una póliza que se obtuvo específicamente con la finalidad de complementar CHAMPVA, calcularemos la **cantidad asignable**, pagaremos el reclamo, y, luego, puede enviar el saldo adeudado en el reclamo a su asegurador suplementario.

Nosotros no endosamos una póliza sobre otra, por lo tanto, usted debe considerar cuidadosamente las necesidades de su familia para la cobertura adicional. La información sobre **seguros suplementarios** está disponible en el sitio Web de HAC en **www.va.gov/hac**. También se puede obtener información adicional sobre planes de salud suplementarios de Federal Publishing en **www.federalpublishing.com**. Federal Publishing no está afiliada con el gobierno y no endosamos sus productos o servicios.

CHAMPVA COMO PAGADOR SECUNDARIO O TERCARIO

En todos los demás casos, CHAMPVA es un pagador **secundario** o **terciario**; pagamos después de su **OHI** y, si tiene más de un **OHI** (como Medicare y el plan suplementario de Medicare) pagamos después de ambos planes. Contar con el **OHI** complementa el programa de CHAMPVA; no impide que nadie lo use. Usted puede tener otro plan de salud a través de su empleador, el empleador de **su cónyuge** u otro programa del gobierno como Medicare. En la mayoría de los casos cuando usted tiene **OHI** y CHAMPVA, no paga nada. Cuando usted tiene una cantidad que pagar, esto se debe con frecuencia a que usted ha agotado los beneficios de su otro seguro de salud, por lo tanto, **OHI** no sigue haciendo pagos por el servicio o periodo de beneficio. En ese caso, cuando el servicio o suministro médico sea un beneficio cubierto por CHAMPVA, nuevamente compartiremos el costo del gasto del cuidado con usted.

Usted o el proveedor debe presentar el reclamo ante el otro plan de seguro antes de enviarnoslo para que lo paguemos. Al recibir la declaración de explicación de beneficios (**EOB**) de parte del otro asegurador, usted o el proveedor puede presentar un reclamo CHAMPVA por cualquier saldo restante. Además de la **EOB** del otro seguro de salud, los reclamos (facturas) deben incluir el estado de cuenta detallado de la factura.

PLANES DE CHAMPVA Y DE LA ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO) O DE ORGANIZACIÓN DE PROVEEDOR PREFERIDO (PPO)

Si tiene un plan **HMO** o **PPO**, pagaremos sus gastos de desembolso (sus copagos bajo el **HMO/PPO**) por los servicios cubiertos hasta la **cantidad asignable** de CHAMPVA.

No pagaremos por servicios médicos que estaban disponibles a través de su plan **HMO/PPO** si eligió obtener atención fuera del plan sin la autorización de la **HMO/PPO** (por ejemplo, eligió visitar un médico que no forma parte de su plan) o no siguió las normas y procedimientos de su **HMO/PPO** para obtener el cuidado.

RESUMEN DE COSTOS—CUANDO TIENE UN OHI (QUE NO SEA MEDICARE)

SERVICIO	OTRO SEGURO DE SALUD PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Todos los servicios médicos y suministros están cubiertos por ambos OHI y CHAMPVA.	La cantidad asignable de su plan	Lo que le corresponde pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
Servicios médicos cubiertos por su OHI y NO cubiertos por CHAMPVA.	La cantidad asignable de su plan	\$0	El copago de su plan OHI
Servicios médicos NO cubiertos por su OHI pero cubiertos por CHAMPVA (NOTA: NO pagamos por servicios que se determinaron como servicios no cubiertos por su OHI por no seguir los requerimientos del plan OHI).	\$0	La cantidad asignable CHAMPVA (ver la página 44)	El costo que le corresponde pagar de acuerdo al tipo de servicio (ver cuadro que aparece en la página 44)

CHAMPVA Y MEDICARE

Cuando el pago por los servicios y suministros cubiertos se puede efectuar tanto bajo Medicare y CHAMPVA, Medicare es el **pagador primario**. Para los servicios de cuidado de la salud cubiertos por ambos planes, con frecuencia usted no tiene que realizar gastos de desembolso. La cantidad del copago de Medicare se publica anualmente en su manual Medicare.

Información que debe tener en cuenta si tiene Medicare:

Es importante que sepa que cuando tiene Medicare y CHAMPVA, debe seguir las normas y procedimientos de Medicare para los servicios cubiertos. Si no sigue sus normas establecidas o si Medicare determina que el servicio no es **médicamente necesario** o adecuado, nosotros no pagaremos ese cuidado.

Si usted o su proveedor no aceptan la decisión de Medicare sobre el pago o no pago, se deberá presentar una apelación de la decisión ante Medicare.

En la mayoría de los casos, cuando usted es elegible para la Parte A de Medicare, deber inscribirse en la Parte B de Medicare para también tener la elegibilidad CHAMPVA (ver la página 13 sobre elegibilidad).

No es necesario que se inscriba en la Parte D de Medicare (Plan de medicamentos) para recibir o mantener los beneficios de CHAMPVA. CHAMPVA es un plan reconocido de medicamentos. Por lo tanto, si pierde su cobertura CHAMPVA en una fecha posterior, Medicare no le cobrará una penalidad por inscribirse en la Parte D.

Nosotros no pagamos sus primas de la Parte B o D de Medicare.

RESUMEN DE COSTOS CUANDO TIENE MEDICARE

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Parte A - Hospital			
Hospitalización de 1a 60 días	Todo menos el copago de Medicare	Su copago Medicare	\$0
Hospitalización a partir del día 61 a 90	Todo menos el copago de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
Hospitalización a partir del día 91 a 150	Todo menos el copago de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
Hospitalización por más de 150 días	\$0	75% de la cantidad asignable de CHAMPVA	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA
Parte A – Instalación de Enfermería Especializada (SNF)			
	Debe haber una hospitalización de 3 días antes de ser admitido en el SNF	Debe haber una hospitalización de 3 días antes de ser admitido en el SNF	
De 1 a 120 días	100% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
De 21 a 100 días	Todo menos el copago de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
más de 100 días	\$0	75% de la cantidad asignable de CHAMPVA	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Parte B–Paciente Ambulatorio			
	(después de llegar al deducible de \$100)	(después de llegar al deducible de \$50)	
Atención médica ambulatoria para incluir:			
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio (médico) • Equipo médico durable • Exámenes de cáncer • Mamografías • Papanicolau • Inmunizaciones (incluyendo vacunas antigripales) • Suministros para la diabetes (bandas para prueba, monitores, etc.) • Capacitación para el auto-manejo de la diabetes • Mediciones de la masa ósea 	80% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
Laboratorio clínico	100% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	\$0
Visita para atención de salud mental	50% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de los casos \$0
Hospicio	100% de la cantidad asignable de Medicare		
Medicaciones como paciente ambulatorio	Todo menos \$5 por receta	Lo que debe pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	\$0
Cuidado de relevo	95% de la cantidad asignable de Medicare		
Farmacia (sin la Parte D de Medicare)	\$0 (con pocas excepciones)	Venta directa: 75% de la cantidad asignable Meds by Mail: 100%	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA \$0

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
Parte B – Paciente ambulatorio			
Farmacia (con la Parte D de Medicare)			
Los primeros \$250	\$0	75% de la cantidad asignable , después de que usted paga su deducible de \$50	25% de la cantidad asignable de CHAMPVA
Entre \$250 y \$2,250	25% del costo total de los medicamentos	75% de la cantidad asignable de CHAMPVA	Generalmente usted paga \$0
Entre \$2,250 y \$5,100	100% del costo total de los medicamentos	CHAMPVA no paga nada	\$0
Después de \$5,100 en los costos totales de los medicamentos	Máximo \$2 para medicamentos genéricos, \$5 para medicamentos de marca o 5%	75% del costo restante, hasta que su gasto llegue a \$3,000. Luego nosotros pagamos el 100%	25% del costo restante, hasta que sus gasto lleguen a \$3,000. Luego, no paga nada.

CHAMPVA Y LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Nosotros no pagamos atención médica para el tratamiento de enfermedades o dolencias relacionadas con el trabajo cuando los beneficios están disponible bajo el programa de compensación para trabajadores. Usted debe solicitar los beneficios de compensación para trabajadores. Si agota sus beneficios de compensación para trabajadores, entonces, nosotros pagaremos los servicios y suministros cubiertos. Proporcione una copia de la decisión final del reclamo por compensación para trabajadores para evitar cualquier retraso en el pago de futuros reclamos.

CHAMPVA Y LAS LESIONES ACCIDENTALES

Si usted se ve involucrado en un accidente (como un accidente automovilístico), es necesario que presente un reclamo médico con su seguro (o el seguro de la otra persona) antes de presentarlo a nuestra compañía. Esto se denomina responsabilidad de terceros y significa que alguna otra persona es legalmente responsable por su atención médica. Cuando nosotros recibamos la declaración de la explicación de los beneficios (EOB) de la compañía de seguros, usted puede presentar un reclamo CHAMPVA por cualquier saldo restante. Para asegurar que sus necesidades médicas se cubran, proporcionaremos el pago por los servicios que se requieren médicamente mientras se determina la responsabilidad de un tercero. Si se determina que otra parte es responsable por el pago de las facturas, le solicitaremos a usted o a la otra parte el reembolso de los pagos que hayamos realizado (con frecuencia su compañía de seguros).

Recuerdese que las palabras que son verdes son definidas en las paginas 62-65



Sección 6: Instrucciones para presentar un reclamo

Es importante llenar correctamente un formulario de reclamo. En la mayoría de los casos, el proveedor completará y presentará la forma de reclamo por usted. Hay veces, sin embargo, en las que usted ya ha pagado por el servicio o suministro médico y es necesario que nos solicite el reembolso. Un error, olvidar colocar una firma u otra información faltante puede demorar su reclamo o causar su rechazo inicial. Nosotros no podemos procesar el reclamo hasta tener toda la información.

AL PRESENTAR UN RECLAMO

Será necesario que envíe los siguientes ítemes:

1. Formulario de Reclamo CHAMPVA, Formulario de VA 10-7959a (disponible por vía telefónica o en el sitio Web)
2. El estado de cuenta de facturación detallado del proveedor que incluya toda la información enumerada en la sección siguiente titulada: *Reclamos presentados por el proveedor*.
3. Cuando usted tiene otro seguro (OHI), una explicación de los beneficios (EOB) de la otra compañía de seguros de salud.

Consejos para el momento en que presente reclamos

- Se deberá indicar su nombre en el reclamo exactamente como aparece en la Tarjeta de Autorización de CHAMPVA.
- Su número de miembro de CHAMPVA (su número de Seguro Social) deberá indicarse en el reclamo.
- Guarde copias de todos los recibos, facturas, etc.
- Se necesita formularios de reclamo separados para cada **beneficiario** de CHAMPVA en su vivienda.
- Si NO usa el Formulario de Reclamo VA de CHAMPVA, Formulario 10-7959a, el pago se realizará directamente al proveedor de cuidado de la salud y no a usted.
- Después de facturar a su otra compañía de seguros, usted puede presentar a CHAMPVA cualquier saldo restante.

RECLAMOS PRESENTADOS POR EL PROVEEDOR

Si su proveedor presenta el reclamo, lo enviarán electrónicamente o en un formulario estándar en papel (HCFA-1500, CMS-1500, UB-92 o UB-04).

Consejos para cuando su proveedor presente reclamos

- Los reclamos presentados por vía electrónica se procesan más

rápidamente. Si sus proveedores pueden enviar los reclamos electrónicamente, proporciónelos las siguientes instrucciones:

Instrucciones para la presentación electrónica de reclamos: Los proveedores pueden presentar reclamos electrónicos a través de nuestra cámara de compensación, Emdeon™. El número de identificación de nuestro pagador EDI en Emdeon™ es 84146 para reclamos médicos y 84147 para reclamos dentales.

- Se requiere un estado de facturación detallado en un formulario HCFA-1500, CMS-1500, UB-92, o UB-04 con la siguiente información:
 - Nombre completo, dirección y número de identificación fiscal del proveedor
 - Dirección para el envío del pago
 - Dirección del lugar donde se brindaron los servicios
 - Situación profesional del proveedor (médico, enfermera, asistente médico, etc.)
 - Fecha específica de cada servicio proporcionado. Los rangos de fechas se aceptan solo si coinciden con el número de servicios/unidades de servicio
 - Cargos detallados para cada servicio
 - Código médico apropiado (ICD-9, CPT, **HCPCS**) para cada servicio
- Si se facturó a otro seguro de salud, proporcione una copia de su **EOB** detallando que pagaron. Algunas veces la definición o explicación de sus códigos se encuentra en el reverso de la explicación de los beneficios (incluir también una copia de la misma).
- En algunos caso se deberá presentar con la factura, los registros y notas médicas. La notas del manual de la mayoría de aquellos servicios que requieren documentación médica tales como enfermería especializada, salud en el hogar y algunos procedimientos de cirugía.

RECLAMOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA

La mayoría de las farmacias nos presentan los reclamos por vía electrónica. Se requiere la siguiente información para reclamos por el servicio de farmacia sin considerar si se presentan en forma electrónica o en papel, y sin tomar en cuenta si la presentó la farmacia o usted:

- Un estado de cuenta/factura que incluya:
 - Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia
 - Nombre del médico que emite la receta
 - Nombre, concentración y cantidad de cada medicamento
 - Código de Medicamento Nacional de once dígitos (NDC) para cada medicamento
 - Cargo para cada medicamento
 - Fecha en la que se entregaron los medicamentos de la receta

- Si nos envía un reclamo, use un Formulario de Reclamo de CHAMPVA (Formulario VA 10-7959a). Asimismo, entregue el recibo de compra (recibo de la caja registradora) con la fecha y la cantidad en dólares que corresponda a la fecha y cantidad en dólares que aparece en el estado de cuenta/factura de la farmacia.
- Si nos envía un reclamo y tiene otro seguro de salud, se deberá incluir la cantidad de su copago en el recibo.

LUGAR DE ENVÍO DE LOS RECLAMOS POR CORREO

VA Health Administration Center
 CHAMPVA Eligibility
 PO Box 469028
 Denver, CO 80206-9024

FECHA DE VENCIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Usted tiene un año, a partir de la fecha del servicio, para presentar cualquier reclamo. En el caso de la atención a un paciente hospitalizado, el reclamo se debe presentar dentro del año de la fecha de dada de alta. Se rechazarán los reclamos presentados después de la fecha límite de presentación.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

Después de presentar un reclamo por su servicio de cuidado de la salud, le enviaremos una EOB por correo. La EOB enumera los detalles de los servicios que recibió y la cantidad que su proveedor le puede facturar. Si ha pagado por el servicio y presentó un reclamo para que se le reembolse, le indicará cómo calculamos el costo compartido. La EOB contiene la siguiente información:

- cantidad facturada por el proveedor
- cantidad asignada por CHAMPVA
- cantidad no cubierta
- cantidad pagada por otro programa o plan de seguro de salud
- acumulación del límite catastrófico anual
- acumulación del deducible del beneficiario y la familia
- pago(s) CHAMPVA
- fecha(s) del servicio
- descripción del servicio
- nombre del proveedor
- observaciones

Cuando un proveedor presenta un reclamo, se le envía una EOB tanto a usted como al proveedor. Cuando usted presenta un reclamo, se le envía una EOB solo a usted. Cuando recibe su servicio de cuidado de la salud a través de una fuente VA (tales como Meds by Mail o CITI), no se le envía a usted una EOB.

Sección 7: Solicitudes de apelación



Usted puede apelar rechazos de:

- Determinaciones de elegibilidad
- Cobertura de beneficios
- Solicitudes de autorización
- Servicios rechazados
- Apelaciones de salud mental de segundo nivel (Nota: Las apelaciones de primer nivel relacionadas con cuidado de salud mental las completa nuestro contratista de salud mental—la dirección aparece en la página 22 del manual).

Para que una apelación se considere, usted deberá:

- Presentar la solicitud por escrito dentro del año de la fecha de la Explicación de Beneficios (EOB) en el caso de rechazo de un servicio o beneficio, o un año contado a partir de la fecha que aparece en la carta en donde se le notifica el rechazo de la elegibilidad o servicio a nosotros a:

VA Health Administration Center
CHAMPVA
ATTN: Appeals
PO Box 460948
Denver, CO 80246-0948

- Indique por qué motivo considera que la decisión original constituye un error,
- Incluya una copia de la EOB u otra carta de determinación, y
- Presente cualquier información nueva e importante que no se haya considerado anteriormente.

Después de revisar su apelación y documentación sustentatoria, se le enviará una decisión por escrito comunicándole la decisión. Si todavía sigue en desacuerdo con la decisión, puede solicitar una segunda revisión. Dicha solicitud de revisión se deberá recibir dentro de los 90 días contados a partir de la fecha de la primera decisión. Su solicitud se deberá presentar por escrito, indique por qué motivo considera que la decisión es errónea e incluya cualquier información adicional importante. Las determinaciones de la apelación en segundo nivel son decisiones finales y no se puede interponer una apelación nuevamente.

Nota: Si no se indica la razón para la apelación, se le devolverá la solicitud sin realizar ninguna acción.

No consideraremos apelaciones que se presenten sobre:

- El costo que le corresponde pagar o la cantidad de un deducible como persona soltera o familiar Por ley, es usted quien debe pagar esta cantidad.

- Proveedores médicos excluidos o sancionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Oficina del Inspector General.
 - Es posible que se sancione a los proveedores al no haber cumplido con mantener credenciales médicas adecuadas, fraude y abuso, incumplimiento en préstamos públicos u otras razones diversas. Sólo el proveedor sancionado o representantes nombrados pueden apelar esta decisión y dicha apelación debe dirigirse a HHS-OIG.
- Beneficios que se excluyen específicamente por reglamento.

Las solicitudes de apelación relacionadas con las siguientes situaciones no recibirán una revisión formal, sin embargo, se procesarán nuevamente cuando se reciba la información faltante o cuando usted nos notifique que la factura se ha vuelto a enviar con una corrección.

- Rechazos a reclamos por falta de información referida al código (Terminología Actual de Procedimientos (CPT), Sistema Común de Codificación de Procedimientos de Cuidado de la Salud (HCPCS), Clasificación interna de Enfermedades (ICD9) y Códigos Nacionales de Medicamentos (NDC)).
- Las decisiones sobre reclamos para los que estamos solicitando más información antes de que se tome una acción en su reclamo. Ejemplos de esta situación pueden incluir rechazos a reclamos solicitando documentación médica, informes de operación, planes de tratamiento o un certificado de **necesidad médica**. Los rechazos a reclamos solicitando una Explicación de Beneficios (EOB).
- Errores de facturación (por Ej., fecha incorrecta de servicio, códigos de procedimiento incompletos o faltantes y/o cargos facturados) para los cuales se envía una factura corregida a fin de modificar el reclamo original.
- Reclamos corregidos

Las solicitudes de apelación sobre el índice del servicio relacionado con la discapacidad se deberán presentar a la Oficina Regional de la Administración de Veteranos (VARO). La VARO determina el índice relacionado con el servicio y se le deberá enviar una confrontación con referencia a su determinación.

Sección 8: Cuando necesite ayuda o información

Recuerdese que las palabras que son verdes son definidas en las paginas 62-65



Servicio al Cliente

En CHAMPVA siempre trabajamos para mejorar el servicio que le brindamos. Tenemos el compromiso de obtener información exacta y oportuna sobre sus beneficios y proporcionarle una variedad de vías para obtener la información requerida.

Si este manual no responde a sus preguntas o a la información que usted necesita, contamos con las fuentes que se enumeran a continuación para ayudarlo. Revise toda la sección para ayudarlo a decidir la mejor vía disponible con la que usted cuenta para estar en contacto con nosotros.

SISTEMA INTERACTIVO DE RESPUESTA DE VOZ

Teléfono gratuito: 1-800-733-8387

Horas de servicio: 24 horas al día, 7 días a la semana

Puede obtener información y solicitar formularios a través de nuestro sistema interactivo de voz, sin tener que esperar para hablar con un representante de servicio al cliente.

Los servicios disponibles a través de este sistema son:

Pedido de formularios y solicitudes CHAMPVA Pulse 1 para usar el sistema de auto servicio para solicitar formularios. Las indicaciones lo pedirán que deje una solicitud de mensaje de voz dejando su número de miembro CHAMPVA(número de Seguro Social) nombre completo y dirección.

Puede verificar su elegibilidad, estado de reclamos, deducible anual y límite catastrófico anual.

Sus proveedores pueden verificar su elegibilidad o el estado de un pago.

CONVERSE CON UN REPRESENTANTE DE SERVICIO AL CLIENTE

Teléfono gratuito: 1-800-733-8387

Horas de servicio: de 8:05 a.m. a 7:30 p.m. (hora del este)
de lunes a viernes (no incluye feriados)

Le será más fácil comunicarse con nuestros representantes de servicio al cliente durante “horas que no son pico” Nuestras horas que no son pico son de lunes a viernes de 12:00 a 2:00 p.m. y de 4:00 a 5:00 p.m. (hora del este).

SITIO WEB: WWW.VA.GOV/HAC

La siguiente información se encuentra disponible en el sitio Web las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- El manual de CHAMPVA y el manual de pólizas de CHAMPVA
- Preguntas frecuentes
- Hojas de hechos con referencia a todos los aspectos del programa CHAMPVA

WWW.MYCHAMPVA.COM

Este es un sitio Web seguro donde puede obtener información sobre la situación de su reclamo, periodo vigente de elegibilidad y otra información referida al seguro de salud (OHI) que la HAC tiene registrada para su persona. Se encuentra disponible las 24 hora del día, los 7 días de la semana. A fin de registrarse en el servicio automatizado de Web, acceda a www.mychampva.com. Después de completar la pantalla de registro en línea HAC, imprima el formulario VA requerido, Formulario VA 10-5345, Solicitud de autorización para divulgar expedientes médicos o información de salud, que también se encuentra disponible en esta página. Imprima el formulario haciendo clic sobre el vínculo titulado *Written Request Form (Formulario de solicitud por escrito)* que aparece en la parte inferior de la página y siga las instrucciones para llenarlo. Envíe por correo el formulario llena a:

VA Health Administration Center
HAC On-Line
PO Box 469028
Denver, CO 80246-9028

Nosotros le notificaremos vía correo electrónico cuando se haya activado su cuenta. En dicho correo electrónico, usted recibirá una identificación para inicio de sesión y una contraseña temporal. No podrá tener acceso al sitio durante 48 horas después de la activación. Después de 48 horas, inicie la sesión y, luego, se le solicitará cambiar su contraseña. Para su protección, guarde su contraseña en un lugar seguro.

CORREO ELECTRÓNICO: HAC.INQ@VA.GOV

Generalmente la respuesta a su pregunta la recibirá en un día laborable. Con la finalidad de proteger su privacidad, no le recomendamos incluir información personal o confidencial en el mensaje. Sí le pedimos, que indique su nombre completo en el cuerpo del mensaje. No devolveremos información que contenga identificadores personales o información médica en el correo electrónico. Si está solicitando ese tipo de información, lo llamaremos o le enviaremos la información a través del correo regular.

LÍNEA DE CHAT

Un representante del servicio al cliente puede responder a sus preguntas CHAMPVA en vivo, en línea de 11:00 a.m. a 6:30 p.m. Hora del este, de lunes a viernes (no incluye feriados). Para acceder a la línea de chat, visite www.va.gov/hac/contact/contact.asp y elija "Chat Live!" ("¡Chat en vivo!")

CORREO

Cuando nos escriba, indique su nombre, número de miembro CHAMPVA (su número de seguro social) y su número telefónico. Envíe su pregunta a:

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

Dónde obtener formularios y publicaciones

Los formularios y publicaciones se encuentran a su disposición a través de las siguientes opciones. Cuando use cualquiera de estas opciones, asegúrese de proporcionar su nombre, dirección y número de miembro CHAMPVA.

SISTEMA INTERACTIVO DE RESPUESTA DE VOZ

Teléfono gratuito: 1-800-733-8387

Horas de servicio: 24 horas al día, 7 días a la semana

PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE DEL SERVICIO AL CLIENTE

Teléfono gratuito: 1-800-733-8387

Horas de servicio: de 8:05 a.m. a 7:30 p.m. (hora del este)
de lunes a viernes (no incluye feriados)

WEB

www.va.gov/hac

CORREO ELECTRÓNICO:

hac.inq@va.gov

CORREO:

Cuando nos escriba indique su nombre, número de miembro CHAMPVA y su número telefónico.

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

Nota: Para visualizar e imprimir formularios, deberá tener Adobe Acrobat Reader versión 6.0. Esta versión se encuentra disponible para descargar gratuitamente desde el sitio Web, si en caso no la tiene ya en su computadora.

Dónde enviar los formularios llenos

Solicitudes CHAMPVA	VA Health Administration Center CHAMPVA Eligibility PO Box 469028 Denver, CO 80246-9028
Certificaciones escolares	
Formularios de certificación de otros seguros de salud (OHI)	VA Health Administration Center CHAMPVA PO Box 65023 Denver, CO 80206-9023
Nota: también puede proporcionar información OHI llamando a un representante de servicio al cliente al: 1-800-733-8387.	
Reclamos llenados para servicios y suministros médicos	VA Health Administration Center CHAMPVA Eligibility PO Box 469028 Denver, CO 80206-9024

Sección 9: Ayude a Luchar Contra el Fraude



Para combatir el fraude y abuso se requiere el esfuerzo y colaboración de cada uno de nosotros. Una manera de ayudar es revisando su Explicación de Beneficios (EOB) para asegurar que los servicios que se nos facturaron se hayan informado en forma adecuada. Si observa que se nos facturó un servicio y/o suministro que no recibió, infórmelo inmediatamente por escrito. En su carta indique que está presentando un reclamo potencial de fraude y documente la información siguiente:

- Nombre y dirección del proveedor,
- Nombre del **beneficiario** que aparece como la persona que recibió el servicio o artículo,
- El número del reclamo,
- La fecha del servicio en cuestión,
- El servicio o artículo que considera que no se le brindó,
- La razón por la que considera que el reclamo no se debió pagar, y
- Cualquier información adicional o hechos que demuestren que el reclamo no se debió pagar.

CONSEJOS PARA DETECTAR EL FRAUDE

Debe sospechar de las prácticas que involucran:

- Proveedores que habitualmente no cobran el costo compartido (copago).
- Facturación de su proveedor por servicios que no ha recibido.
- Proveedores que facturan servicios o suministros que son diferentes a los que usted recibe.

CONSEJOS PARA PREVENIR EL FRAUDE

- Proteja siempre su Tarjeta de Autorización CHAMPVA. Sepa a quien está entregando su número de miembro CHAMPVA. No brinde su número de miembro a alguien por teléfono si lo llaman.
- Sea escéptico con los proveedores que le dicen que generalmente no cubrimos un servicio o artículo en particular, pero que ellos saben cómo facturar el servicio o servicio para que lo paguemos.

¿Con quien debo comunicarme si sospecho que existe fraude, gasto inútil o abuso?

Correo: VA Health Administration Center
ATTN: Program Integrity
PO Box 65020
Denver, CO 80206-9020

Teléfono: 1-800-733-8387

Correo electrónico: hac.inq@va.gov

Sección 10: Definiciones de palabras comunes y acrónimos utilizados en este Manual



Palabra/acrónimo	Definición
Complementario	El tratamiento es una parte necesaria del cuidado aprobado para una dolencia médica cubierta.
Cantidad asignable	El término incluye <u>ambos</u> , la cantidad que nosotros pagamos y su costo compartido.
Asignación	Cuando acude a un proveedor médico, averigüe si el proveedor acepta CHAMPVA. Con frecuencia los proveedores se refieren a esto como aceptación de asignación. Esto significa que el proveedor facturará directamente a nuestra compañía por los servicios cubiertos, ítems y suministros. Los médicos o proveedores que acuerdan aceptar la asignación no pueden tratar de cobrarle a usted cantidades superiores al deducible CHAMPVA y costo compartido.
Facturación del saldo	No es apropiado facturar un saldo. Cuando el proveedor acepta la asignación esto constituye un acuerdo para aceptar la cantidad asignable VA como pago total. Usted no tiene la responsabilidad de pagar la diferencia entre la cantidad facturada por parte del proveedor y la cantidad asignable determinada por nosotros.
Beneficiario	Un cónyuge, viudo(a) o menor elegible de CHAMPVA. A los beneficiarios también se les puede denominar dependientes.
CDC	Centros de Control de Enfermedades
CHAMPVA	Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos
Menor	Comprende el hijo biológico, adoptado, hijastro o menor desvalido según lo determinado por una oficina regional de VA (VARO).
Certificado de Necesidad Médica (CMN)	Un Certificado de Necesidad Médica o CMN es un documento proporcionado por su médico donde se indica que el cuidado o servicios recetados constituyen una necesidad médica y forman parte de su plan de tratamiento.
Coordinación de beneficios	Debemos tener conocimiento de otros seguros de salud para saber cuando puede haber cobertura doble. Con esta información, podemos asegurar que no haya duplicación de beneficios pagados entre la cobertura del otro seguro de salud y CHAMPVA. La explicación de beneficios de OHI nos proporciona información con la finalidad de coordinar los beneficios y pagar su reclamo de manera adecuada.

Palabra/acrónimo	Definición
Cuidado de custodia	<p>Tratamiento o servicios, sin considerar quien los recomienda o donde se brindan, que puede prestar de manera segura y razonable una persona no especializada a nivel médico, o que están diseñados principalmente para ayudar al paciente con las actividades de la vida diaria. Estas actividades comprenden sin sentido limitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidado personal como ayuda al: caminar, acostarse o levantarse; bañarse, alimentarse usando una cuchara, tubo o gastrostomía; hacer ejercicios; vestirse; • labores del hogar; tales como preparación de comidas o dietas especiales; • movilizar al paciente; • servir de acompañante o cuidador; • supervisar la medicación que usualmente puede tomar uno mismo; o • tratamiento o servicio que cualquier persona es capaz de realizar con instrucciones mínimas, incluyendo sin sentido limitativo el registro de temperatura, pulso y respiración, o administración y monitoreo de sistemas de alimentación.
Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRG)	Un sistema que utilizan los hospitales para clasificar los recursos usados para el tratamiento de una dolencia específica o relacionada de acuerdo a las necesidades clínicas del paciente. El Grupo DRG determina el reembolso al hospital.
Explicación de Beneficios (EOB)	Después de que se procesa la factura, usted recibirá este formulario donde se proporciona detalles de lo que se pagó y la cantidad del pago.
FDA	Administración de Drogas y Alimentos
Formulario	Una lista de medicamentos preferidos de un plan de salud en base a evaluaciones de la efectividad, seguridad y costo.
HAC	Centro de Administración de Salud. Administra el programa CHAMPVA.
HCPCS	Sistema común de Codificación de Procedimiento de Cuidado de la Salud.
Menor desvalido	Un menor que, antes de los 18 años, se volvió incapaz de sostenerse por sí mismo de manera permanente y una oficina Regional VA (VARO) lo clasificó como menor desvalido.
Volumen alto	Instalaciones con 25 o más pacientes por salud mental dados de alta en un año
HMO	Organización para el mantenimiento de la salud
Volumen bajo	Instalaciones con menos de 25 pacientes por salud mental dados de alta en un año
MbM	Meds by Mail

Palabra/acrónimo	Definición
Necesidad médica	<p>Servicios, medicamentos, suministros o equipos proporcionados por un hospital o proveedor cubierto de los servicios de cuidado de la salud que nosotros determinemos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sean apropiados para el diagnóstico o tratamiento de la dolencia, enfermedad o lesión del paciente; • estén de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas médicas en los Estados Unidos; • no son fundamentalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, la familia o el proveedor. • no son parte de o están asociados con la educación académica o capacitación vocacional del paciente y; • en el caso de cuidado como paciente hospitalizado, no puede brindarse de manera segura en forma ambulatoria.
NDC	Código Nacional de Medicamentos utilizado para identificar los productos farmacéuticos.
Horas que no son pico	Periodo de tiempo en el que la cantidad de llamadas es con frecuencia menor a las otras horas del día.
OHI	Otro seguro de salud
Medicamentos de venta libre	Medicamentos que no requieren una receta.
PPO	Organización de Proveedor Preferido
Pagador primario	Un plan de seguro de salud que paga primero las facturas por servicios. Estos son generalmente planes de salud médica importantes.
Auspiciador que califica	Un veterano que ha recibido una concesión VARO que establece la elegibilidad de sus dependientes para los beneficios de CHAMPVA. Estos dependientes no tienen derecho a los beneficios de DoD TRICARE.
Recuperación	Cobro de un importe adeudado al gobierno.
Pagador secundario	Plan de seguro de salud que paga después de que el pagador primario haya determinado el importe que pagará en el reclamo.
Relacionado con el servicio	Determinación de una VARO que indica que la enfermedad, dolencia, lesión o muerte está relacionada con el servicio militar.
Cónyuge	El esposo o esposa de un auspiciador que califica.
Seguro suplementario	Plan de seguro de salud que paga después de que el pagador primario haya determinado el importe que pagará en el reclamo. Nosotros pagaremos antes que una póliza suplementaria CHAMPVA, pero después de una póliza suplementaria de Medicare.

Palabra/acrónimo	Definición
Sobrevivientes	Viudos e hijos menores dependientes
Pagador terciario	Un pagador que brinda cobertura después de que el pagador primario y secundario hayan efectuado el pago de un reclamo.
VA	Departamento de Asuntos de Veteranos
VARO	Oficina Regional de Asuntos de Veteranos
Viudo(a)	Cónyuge sobreviviente de un auspiciador que califica.

Sección 11: Notificación de Prácticas de Privacidad



Nosotros, la Administración de Salud de los Veteranos (VHA), le proporcionamos la Notificación de Prácticas de Privacidad de VA. Esta notificación le brinda un resumen de las prácticas de privacidad de VA e indican brevemente:

- Cómo se puede usar o divulgar su información de salud;
- Sus derechos sobre su información de salud; y
- Nuestra responsabilidad legal para la protección de la privacidad de su información de salud.

Con la finalidad de obtener información más detallada de nuestras prácticas de privacidad, debe revisar cuidadosamente la Notificación detallada de Prácticas de Privacidad disponible en nuestro sitio Web o puede solicitarla llamando al 1-877-222-8387 (Centro de servicio telefónico de información de beneficios de salud de VA). Esta notificación no modifica o restringe la Notificación detallada de Prácticas de Privacidad de VA

Su información de salud

La información de salud es cualquier información que originemos o recibamos sobre su personal y su pasado, presente o futuro:

- Estado de salud mental o físico
- Cuidado de la salud
- Pago por servicios médicos

En qué casos podemos usar o divulgar su información de salud

En la mayoría de los casos, se necesita su autorización escrita para que podamos usar o divulgar su información de salud. Sin embargo, la ley federal nos permite usar y divulgar su información de salud sin su permiso para los siguientes fines:

- Tratamiento
- Elegibilidad e inscripciones para los beneficios de VA
- Salud pública
- Investigaciones (con limitaciones estrictas)
- Informe de abuso
- Compensación a los trabajadores
- Directorios de pacientes
- Pago
- Aplicación de la ley
- Procedimientos judiciales o administrativos
- Servicios
- Instalaciones correccionales
- Cuando se requiere por ley
- Miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado (existen limitaciones)
- Operaciones de cuidado de la salud
- Actividades funerarias o del médico forense (con limitaciones)
- Seguridad nacional
- Supervisión del cuidado de la salud
- Actividades militares
- Actividades de salud o seguridad

Notificación Resumida del Departamento de Asuntos de Veteranos

Todos los demás usos y divulgaciones de su información de salud no se realizarán sin su autorización previa por escrito.

Sus derechos de privacidad

- Revisión de su información de salud;
- Obtener una copia de su información de salud;
- Solicitar que se corrija o enmiende su información de salud;
- Pedir que no usemos o divulguemos su información de salud;
- Solicitar que le proporcionemos su información de salud a través de un medio alternativo o en un lugar diferente de manera confidencial;
- Una relación o lista de divulgaciones de su información de salud; y
- Recibir nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad de Va a solicitud.

Modificaciones

Nos reservamos el derecho de modificar la Notificación de Prácticas de Privacidad de VA. Las prácticas de privacidad revisadas tendrán vigencia para toda la información de salud que ya está en nuestra poder sobre su persona, así como la información que recibamos en el futuro. Le enviaremos su última dirección de registro, o de lo contrario, pondremos a su disposición, una copia modificada de la Notificación dentro de los 60 días de haberse efectuado algún cambio.

Quejas

Si considera que se ha trasgredido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a VHA o al Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante la VHA puede ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad de la instalación de cuidado de la salud de VA, el Funcionario de Privacidad de VHA o la VHA a través de "Contact the VA" (Póngase en contacto con la VA) en www.va.gov o marque el 1-877-222-8387. Las quejas no tienen que formularse por escrito, aunque es lo más recomendable. No se le sancionará ni se tomarán represalias contra su persona por presentar una queja.

CÓMO SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE MI REGISTRO

¿Cómo puedo obtener una copia de mi expediente?

Use el formulario de VA 10-5345a, *Solicitud personal de su propia información de salud* (disponible por vía telefónica o a través del sitio Web) para obtener una copia de su registro o una copia de un documento de su registro si desea que la información se le envíe directamente a usted.

Use el Formulario VA, 10-5345, *Solicitud y autorización para divulgar registros médicos o información de salud*, si desea que le enviemos una copia de su registro o una copia de un documento específico de su registro a un tercero o otra entidad. Por lo general, este formulario se usa si desea que la información sobre su persona se envíe a una oficina legal.

¿Cómo puedo hacer para que HAC sepa que deseo permitirles que aborden reclamos e información sobre elegibilidad de mi archivo con una persona de mi elección?

Use el Formulario VA 10-5345, Solicitud y autorización para divulgar registros médicos o información de salud con las palabras “Autorización de divulgación recurrente” impresa en el bloque Authorization (Autorización), si desea que tratemos el reclamo e información de elegibilidad sobre su persona con una persona que normalmente lo ayuda en el manejo de sus necesidades médicas, tal como su esposa, hijo mayor de edad o amigo.

¿Cómo puedo tener acceso a información en línea sobre mi archivo?

Use el Formulario VA 10-5345a, Solicitud personal de una copia de su propia información de salud, con las palabras “HAC ON-LINE” impresas en el bloque que aparece en la parte superior de la línea de la firma para acceder a información seleccionada de su registro de CHAMPVA sobre su persona a través de una conexión segura en línea. Puede encontrar información adicional sobre HAC On-Line en nuestro sitio Web bajo el título For Beneficiaries (Para beneficiarios) CHAMPVA.

¿A qué dirección envío estas solicitudes por correo?

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

Aviso de intención para conducir acciones de equiparación por computadora: Ley Pública 100-503, la Ley de Equiparamiento Computacional y Protección de la Privacidad de 1988, permite al gobierno verificar información por medio del equiparamiento computacional. De conformidad con 5 USC 552a, la Ley de Privacidad de 1974, en su versión enmendada, y la Oficina de Pautas de Administración y Presupuesto sobre la Conducta de Programas de Equiparamiento, se brinda por la presente el aviso de la intención de la VA de conducir equiparamientos computacionales con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los datos de los equiparamientos propuestos se utilizarán para verificar el derecho a Medicare de los solicitantes y receptores de los beneficios de CHAMPVA, cuya elegibilidad para CHAMPVA se basa en su derecho para Medicare.



**Departamento de Asuntos de Veteranos
Centro de Administración de Salud
CHAMPVA
PO Box 65023
Denver, Colorado 80206-9023**