

Departamento de Asuntos de los Veteranos

Información general sobre el cuidado de la salud de VA

contenido

información general

registro

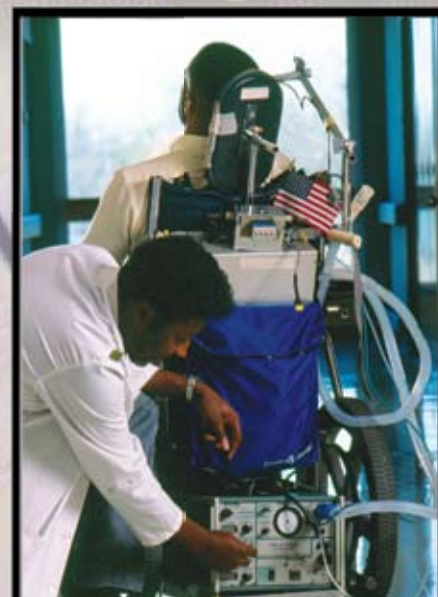
registro de grupos prioritarios

requisitos del copago

servicios que cubre/beneficios de cuidados intensivos

beneficios de cuidado a largo plazo

Mas de 50 años de proporcionando servicios de salud de calidad para los veteranos de nuestra nación



Esta guía está diseñada para proporcionar la información necesaria para que los veteranos y sus familias entiendan el sistema de cuidado de la salud de VA: sus proceso de registro, incluido el registro de grupos prioritarios, los copagos requeridos (si aplican) y qué servicios están cubiertos. Además de una descripción narrativa, hemos agregado preguntas frecuentes en cada sección. Si no hemos incluido sus preguntas específicas, podrá encontrar ayuda adicional en las siguientes fuentes:



- La oficina de registro de los establecimientos de cuidado de la salud de VA de su localidad.
- La página de elegibilidad de nuestro sitio web: www.va.gov/healtheligibility
- El Centro de Servicio de Beneficios de Salud para Veteranos **1-877-222-VETS (8387)**

Información general

Hoy, los veteranos cuentan con un paquete integral de beneficios médicos que opera VA a través de un sistema de registro anual de pacientes. El sistema de registro se basa en grupos prioritarios para así asegurar que los beneficios de cuidado de la salud resulten fácilmente disponibles para todos los veteranos registrados (vea Registro de grupos prioritarios en la página 8).

A fin de proporcionar el mejor servicio de calidad, nuestro compromiso continuo es complementar la expansión de los beneficios y mejorar el acceso. Nuestro objetivo es asegurarnos que nuestros pacientes reciban un cuidado de la salud con la mayor calidad, sin importar el programa de tratamiento ni su ubicación. Además de nuestras actividades permanentes para asegurar la calidad, hemos facilitado a los veteranos el acceso al cuidado de la salud que necesitan. Se continúan agregando localidades al sistema de cuidado de la salud de VA, lo que aumenta la cantidad de establecimientos de tratamiento a más de 1,600 en todo el país.

Como se explica más adelante en esta guía, la mayoría de los veteranos deben estar registrados para recibir cuidado de la salud de VA. Aunque algunos veteranos no necesiten registrarse debido a su condición especial de elegibilidad, se pide a todos los veteranos, incluso a aquéllos que tienen elegibilidad especial, que soliciten el registro. El registro nos permite determinar la cantidad de veteranos potenciales que pueden requerir los servicios de cuidado de la salud de VA, y es parte importante de nuestros esfuerzos de planificación.

El registro en el sistema de cuidado de la salud de VA proporciona a los veteranos la seguridad de que los servicios integrales de cuidado de la salud estarán disponibles donde y cuando se los necesite durante el período de registro. Además de la seguridad de que los servicios estarán disponibles, los veteranos registrados valorarán el hecho de no tener que repetir el proceso de solicitud, sin importar dónde o con qué frecuencia requieran asistencia.

Los veteranos eligen el establecimiento de VA

Como parte del proceso de registro, el veterano puede elegir cualquier centro de cuidado de la salud de VA o Clínica Ambulatoria Comunitaria (CBOC, por sus siglas en inglés) como su centro de tratamiento primario.



Beneficios sin restricción de ubicación

El registro en VA también permite que los beneficios del cuidado de la salud sean completamente trasladables a través de todo el sistema de VA. Los veteranos registrados que viajen o pasen algún tiempo lejos de su centro de tratamiento primario pueden recibir asistencia en cualquier centro de cuidado de la salud de VA del país sin la preocupación de volver a realizar el registro. Por favor tenga en cuenta que el cuidado de la salud de VA no se considera un plan de seguro médico.

Notificación de prácticas de privacidad

A los veteranos que están registrados para recibir cuidado de la salud de VA se les otorgan diversos derechos de privacidad de acuerdo con las leyes y regulaciones federales, incluido el derecho a una notificación de las prácticas de privacidad. La Administración de Salud para Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés) publicó en abril de 2003 la Notificación de prácticas de privacidad de VA, IB 10-163. Todos los veteranos registrados para recibir cuidado de la salud tienen derecho a recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de VA, IB 10-163. La Notificación de prácticas de privacidad de VA proporciona a los veteranos registrados información acerca de cómo VHA puede usar y divulgar información médica personal. La Notificación también asesora a los veteranos registrados sobre sus derechos de saber cuándo y a quién se le pudo haber proporcionado su información médica, de solicitar acceso o recibir una copia de su información médica de los archivos de VHA, de solicitar una enmienda para corregir información incorrecta en los archivos y presentar una queja de privacidad. La Notificación de prácticas de privacidad de VA, IB 10-163, puede obtenerse en Internet, en www.va.gov/vhapublications/viewpublication.asp?pub_id=1089 o por carta, escribiendo a VHA Privacy Office (19F2), 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420.

Preguntas frecuentes

¿Debo registrarme para recibir cuidado de la salud de VA?

Aunque la mayoría de los veteranos debe registrarse para recibir cuidado de la salud de VA, algunos veteranos no necesitan registrarse si cumplen con ciertos criterios especiales de elegibilidad. Usted no necesita registrarse si se encuentra en alguna de las siguientes categorías:

- Si busca cuidados por una incapacidad relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA.
- Si VA lo ha calificado con una incapacidad relacionada con el servicio del 50% o más.
- Si ha transcurrido menos de un año desde su licenciamiento por una incapacidad calificada por la fuerza armada como adquirida o agravada durante el cumplimiento del deber, aunque todavía no haya sido calificada por VA.

¿Por qué VA promueve el registro de los veteranos que no necesitan registrarse?

La razón por la que promovemos el registro de todos los pacientes potenciales del cuidado de la salud de VA es la de establecer una planificación y un presupuesto. El número de registros nos ayuda a identificar la demanda potencial de servicios de VA. Al incluir a todos los pacientes potenciales en el número total de registros (incluidos aquéllos que no necesitan registrarse), estamos en una mejor posición para determinar los niveles de financiamiento necesarios del Congreso.

¿Qué sucede si la demanda de servicios de VA excede su presupuesto?

Cuando la demanda de servicios excede nuestra capacidad de proporcionar cuidado de la salud de calidad y a tiempo, se tomarán decisiones para asegurar que el nivel de servicios para los veteranos registrados no se vea afectado. Estas decisiones pueden incluir la suspensión del registro de veteranos de grupos prioritarios menores (como la decisión de VA de limitar a los veteranos de mayores ingresos que pertenecen a los grupos prioritarios 8e y 8g si solicitan asistencia después del 16 de enero de 2003) o, en situaciones más graves, pueden incluir la eliminación (anular el registro) de veteranos de grupos prioritarios menores de nuestro sistema de registro.

¿Cómo puedo verificar mi registro?

Si no está seguro del estado de su registro, verifíquelo con el Coordinador de Registro del establecimiento de cuidado de la salud de VA de su localidad. Para ver la lista de teléfonos actualizada de los establecimientos de VA, visite www.va.gov/directory o puede llamar al Centro de Servicios de Beneficios de Salud de VA al número 1-877-222-VETS (8387) y solicitar el número telefónico del establecimiento.



Registro en el cuidado de la salud de VA

Los veteranos pueden solicitar el ingreso en el sistema de cuidado de la salud de VA completando el formulario 10-10EZ de VA, SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE SALUD. El formulario de solicitud puede obtenerse visitando, llamando o escribiendo a cualquier establecimiento de cuidado de la salud de VA u oficina de beneficios de veteranos. Los formularios también pueden solicitarse mediante llamadas gratuitas al Centro de Servicios de Beneficios de Salud de VA al 1-877-222-VETS (8387) o en nuestro sitio web www.va.gov/1010ez.htm. Las solicitudes que se completen deben estar firmadas e incluir la fecha; pueden entregarse personalmente o por correo en cualquier establecimiento de cuidado de la salud de VA. Si la solicitud se realiza personalmente en un establecimiento de cuidado de la salud de VA, el personal de VA realizará una evaluación preliminar de su grupo prioritario. Aun antes de que se confirme su registro, en el momento en que presente personalmente su solicitud, usted puede solicitar una cita para recibir cuidado médico o, si envía su solicitud por correo, puede hacerlo marcando 'sí' en la pregunta sobre si desea una cita con un médico o prestador tan pronto como haya uno disponible. Una vez que se procese su solicitud, el Centro de Elegibilidad de Salud de VA de Atlanta confirmará el estado de su registro y grupo prioritario, y le notificará por correo sobre el estado de su registro.

Restricción del registro

A partir del 17 de enero de 2003, VA suspendió efectivamente los registros NUEVOS de veteranos asignados en los Grupos Prioritarios 8e y 8g (grupos de menor prioridad de VA compuestos por veteranos con mayores ingresos). En este momento, estos veteranos no serán elegibles para registro. La asignación de veteranos a los Grupos Prioritarios 8e y 8g se basa en lo siguiente:

- El veterano no tiene ninguna elegibilidad especial, como una incapacidad relacionada con el servicio.
- Los ingresos familiares del veterano superan el límite de ingresos establecido por VA del año en curso y el límite de ingresos geográfico de acuerdo con su lugar de residencia.
- Veteranos que se nieguen a proporcionar su información financiera.

Los veteranos registrados en los Grupos Prioritarios 8a y 8c el 16 **de enero de 2003 o antes**, permanecerán registrados y seguirán siendo elegibles para una gran variedad de beneficios del cuidado de la salud de VA.

Las modificaciones en los recursos disponibles de VA pueden afectar la cantidad de grupos prioritarios que VA puede registrar en un año determinado. En caso de que esto suceda, VA publicará los cambios de registro y notificará a las personas registradas que se vean afectadas.

Veteranos de combate recientemente licenciados

La Ley de Autorización para la Defensa Nacional (NDAA, por sus siglas en inglés) del año fiscal 2008, (Ley Pública 110-181), entró en vigencia el 28 de enero de 2008. Ésta extendió el período de oportunidad de registro de elegibilidad para el cuidado de la salud provisto a un veterano que sirvió en un escenario de operaciones de combate después del 11 de noviembre de 1998 según se explica a continuación:

- A los veteranos de combate que estén registrados actualmente se les extenderá automáticamente su período de registro a 5 años desde su licenciamiento más reciente.
- Los nuevos veteranos registrados que hayan sido licenciados del servicio activo el 28 de enero de 2008 o después, son elegibles para este beneficio de registro de salud durante los 5 años siguientes a la fecha de su más reciente licenciamiento del servicio activo.
- Los veteranos de combate que nunca se registraron y fueron licenciados del servicio activo entre el 11 de noviembre de 1998 y el 27 de enero de 2003 pueden solicitar este beneficio de registro hasta el 27 de enero de 2011.

Como antes, los veteranos de combate se asignarán al Grupo Prioritario 6, a menos que sean elegibles para un grupo prioritario más alto, y no se les cobrarán copagos por medicamentos o tratamiento de afecciones potencialmente relacionadas con su servicio en combate. Los veteranos que se registran en VA bajo esta autorización permanecerán registrados aun cuando su período de elegibilidad termine; sin embargo, los veteranos registrados en el Grupo Prioritario 6 pueden reasignarse a los Grupos Prioritarios 7 u 8, dependiendo de su nivel de ingresos, y se les puede solicitar que realicen los copagos que correspondan.



Nota: En el caso de los veteranos de combate que solicitaron su registro después del 16 de enero de 2003, pero cuyo registro no fue aceptado porque la solicitud se realizó fuera del período previo de dos años posteriores al licenciamiento, se revisarán automáticamente sus situaciones y se les notificará de la decisión de registro bajo la nueva autorización.

Evaluación financiera (Encuesta sobre los medios económicos)

Aunque muchos veteranos califican para el registro y los servicios de cuidado de la salud sin costo basadas en la condición servicio-conectada compensable o cualquier otro factor de calificación, a la mayoría de los veteranos se les solicitará que completen una evaluación financiera como parte del proceso de solicitud de registro. También conocida como Encuesta sobre los medios económicos, esta información financiera se utilizará para determinar el grupo prioritario de registro del solicitante (vea la sección Registro de Grupos Prioritarios) y si es elegible para cuidado de la salud de VA sin costo. A los veteranos de mayores ingresos se les pueden solicitar aportes para cubrir los gastos de su asistencia a través de los copagos (consulte la sección Copagos de este folleto). Los veteranos que elijan no completar la evaluación financiera estarán de acuerdo en pagar los copagos requeridos como condición de su elegibilidad. Debido al registro limitado de VA para los nuevos Grupos Prioritarios 8e y 8g de veteranos que solicitan el registro el 17 de enero de 2003 o después, los veteranos que se nieguen a proporcionar información financiera, que estén de acuerdo en realizar los copagos y no tengan ningún otro factor calificante de elegibilidad especial no serán registrados.

Verificación de ingresos

El programa de Verificación de Ingresos (IV, por sus siglas en inglés) del Centro de Elegibilidad de Salud de VA verifica los ingresos familiares brutos ganados y no ganados que proveen los veteranos no relacionados con el servicio y los veteranos que VA ha calificado como no-compensables (con el servicio al 0%), y se les exige que completen una evaluación financiera (encuesta sobre los recursos económicos).

La evaluación financiera se basa en los ingresos familiares brutos que el veterano tuvo el año anterior y se utiliza a fin de determinar la elegibilidad del veterano para beneficios de cuidado de la salud de VA así como para la asignación al grupo prioritario. La información que proporcione el veterano sobre los ingresos se verifica comparando los registros del Servicio de Impuestos Internos y la Administración del Seguro Social.

Si a través del proceso de IV se determina que los ingresos familiares del veterano superan el límite que establece VA (en la encuesta sobre los medios económicos), el veterano puede ser responsable de los copagos por el cuidado de la salud proporcionado desde la fecha en que se completó la evaluación financiera inicial. Asimismo, si el veterano se registró el 17 de enero de 2003, fecha efectiva de la "Decisión de Restricción de Registro" o después, el estado del registro del veterano puede rechazarse y, como consecuencia, ya no será elegible para el cuidado de la salud de VA. (Para más información, consulte la sección Restricción del registro de este folleto).

Tarjeta de identificación de veteranos

VA proporciona a los veteranos elegibles una Tarjeta de Identificación de Veteranos (VIC, por sus siglas en inglés) para que la utilicen en los establecimientos de cuidado de la salud de VA. Una vez que se verifica la elegibilidad del veterano para beneficios médicos de VA y que se le toma una fotografía en el establecimiento médico de VA de su localidad, se le envía por correo la tarjeta, generalmente en un período de cinco a siete días. Los veteranos pueden llamar al 877-222-VETS (8387) para verificar el estado de su tarjeta. En caso de que la tarjeta se pierda o sea destruida, se puede contactar al VA donde se tomó la fotografía para solicitar una nueva tarjeta. **NOTA:** Las VIC no se pueden utilizar como tarjetas de crédito o de seguro y no autorizan ni pagan cuidados brindados en establecimientos que no pertenezcan a VA. La VIC no contiene ninguna información delicada como el número de Seguro Social del veterano o su fecha de nacimiento en el frente de la tarjeta. Actualmente, la VIC muestra los siguientes indicadores especiales de elegibilidad: Relaciones con el servicio, condecoraciones Corazón Púrpura y ex Prisionero de Guerra (POW, por sus siglas en inglés).

Actualizar su información

El formulario 10-10EZR de VA, Formulario de Renovación de Beneficios de Salud, se otorga a los veteranos actualmente registrados y que necesitan actualizar o informar cambios de su dirección, número telefónico, nombre, seguro médico e información financiera. A los veteranos que se les solicita que actualicen anualmente



su información sobre ingresos se les enviará automáticamente este formulario por correo todos los años.

Si no se le cobran copagos por medicamentos o cuidado de la salud o si se le cobra un copago reducido en atención hospitalaria, debe actualizar e informar todos los años su información financiera a VA para evitar que su estado venza. VA le recordará cuándo debe renovar su información.

No es necesario esperar al período anual de renovación para proporcionar a VA su información actualizada. Usted puede actualizar su información cada vez que su información personal o financiera cambie. Para esto, es necesario que complete el formulario y lo envíe por correo al **establecimiento de su localidad** a fin de que sea procesado (puede encontrar la dirección del establecimiento de su localidad en www.va.gov/directory). Asegúrese de que el formulario esté firmado e incluya la fecha. Si el formulario no incluye la fecha y no está firmado de manera apropiada, VA se lo devolverá para que lo complete.

El formulario 10-10EZR puede solicitarse en el Centro de Servicios de Beneficios de Salud de VA realizando una llamada gratuita al 1-877-222-VETS (8387) o puede obtenerse en www.va.gov/vaforms/medical/pdf/vha-10-10ezr-fill.pdf.

Encuesta sobre los medios geográficos

En conocimiento de que el costo de vida puede variar significativamente de un área geográfica a otra y con la finalidad de realizar la evaluación financiera, el Congreso incorporó límites establecidos de ingresos según las ubicaciones geográficas a los límites de ingresos nacionales de VA ya existentes. Este cambio ayuda a los veteranos de menores ingresos que viven en áreas de costos altos proporcionándoles mayor prioridad de registro y reduciendo el monto del copago requerido en atención hospitalaria.

Por favor, tenga en cuenta que las reducciones en los copagos según la ubicación geográfica aplican **SOLAMENTE** a SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA. Los servicios ambulatorios, los de cuidados a largo plazo y los copagos de medicamentos **NO** se ven afectados por este cambio.

Seguro médico privado

Como el cuidado de la salud de VA depende principalmente de las asignaciones anuales del Congreso, VA aconseja a los veteranos a mantener cualquier cobertura de seguro médico que puedan tener, especialmente a aquéllos que están en el registro de grupos prioritarios más bajos descritos en las páginas 8 y 9, Registro de Grupos Prioritarios. Los veteranos que tengan seguro médico privado o cobertura con fondos federales a través del Departamento de Defensa (TRICARE), Medicare o Medicaid, quizás deseen utilizar estas fuentes de cobertura como complemento de sus beneficios de VA. Es importante destacar que el cuidado de la salud de VA **NO** se considera un plan de seguro médico.

Por ley, VA está obligada a facturarles a las empresas aseguradoras de salud por los servicios que haya proporcionado en el tratamiento de afecciones no relacionadas con el servicio. Para asegurarse de que la información actualizada sobre el seguro esté en los archivos (incluida la cobertura a través del trabajo del cónyuge del veterano) se le solicita al personal de VA que se asegure de que la información sobre el seguro de salud del veterano se actualice en cada visita. Identificar la información sobre el seguro es fundamental para VA, ya que los cobros realizados a las compañías aseguradoras ayudan a complementar los fondos disponibles para brindar servicios a los veteranos. Se les solicita a los veteranos que cooperen en proporcionarnos toda la información importante sobre el seguro médico. Los veteranos elegibles no son responsables de pagar los servicios médicos de VA facturados a sus compañías de seguro médico que no hayan pagados sus empresas aseguradoras de salud.

¡ADVERTENCIA! Antes de cancelar su cobertura de seguro, los veteranos registrados deberían considerar cuidadosamente los riesgos.

- No hay garantía de que en los próximos años el Congreso asigne fondos suficientes para que VA proporcione cuidados a todos los veteranos registrados en grupos prioritarios.
- Generalmente, los cónyuges y otros miembros de la familia que no sean veteranos no califican para el cuidado de la salud de VA.
- Si se cancela la participación en Medicare Parte B, ésta no puede reestablecerse hasta enero del año siguiente y su reestablecimiento puede dar lugar a penalidades.

Cobros a seguros

Desde que comenzaron los cobros a seguros en 1986, los servicios de cuidado de la salud de los veteranos se han complementado con fondos cobrados a compañías aseguradoras de salud privadas. Este complemento ha permitido que VA le proporcione servicios a una mayor cantidad de veteranos.



Medicare Parte D: Cobertura para recetas médicas

Si usted es elegible para Medicare Parte D, Cobertura para recetas médicas, debe saber que el registro en el sistema de cuidado de la salud de VA se considera como una cobertura acreditada a los fines de la cobertura de Medicare Parte D. Esto quiere decir que la cobertura para recetas médicas de VA es prácticamente lo mismo que la cobertura de Medicare Parte D. Puede encontrar información adicional en www.va.gov/healtheligibility/costs/medicared.asp o en el sitio web de Medicare: www.cms.hhs.gov.



Preguntas frecuentes

¿Debo volver a solicitar el registro todos los años y recibiré una confirmación de registro?

Si usted se ha registrado previamente, su registro será revisado anualmente sin necesidad de que usted deba hacer algo. A los veteranos que se les solicita que actualicen su información financiera se les solicita que proporcionen anualmente la información sobre sus ingresos o si sus ingresos cambian, utilizando para esto el Formulario 10-10EZR de VA. De acuerdo con su grupo prioritario y la disponibilidad de fondos de VA para brindar beneficios médicos a todas las personas registradas, su registro será renovado automáticamente sin que usted deba hacer algo. En caso de que haya algún cambio en el estado de su registro, se lo notificaremos por escrito.

¿Puedo solicitar una cita antes de que se confirme mi registro?

Sí. Si usted solicita el registro personalmente en algún centro médico de VA, puede solicitar una cita para cuidado médico en el momento en que usted solicita el registro, no es necesario esperar a que se confirme su registro para solicitar una cita. Adicionalmente, usted puede indicar en el Formulario 10-10EZ que desea una cita y, cuando se procese su solicitud en el centro médico, se le programará una. Se le notificará por escrito su cita y su elegibilidad para el cuidado médico. En el caso de los veteranos que soliciten cuidados por una incapacidad relacionada con el servicio, las citas tendrán mayor prioridad (vea abajo) y se programarán dentro de los 30 días de la fecha deseada.

Si estoy registrado, ¿debo utilizar exclusivamente VA como mi proveedor de cuidados de la salud?

Como no se requiere que VA sea su proveedor exclusivo de cuidados, por favor, considere que nuestra autorización para pagar cuidados no proporcionados por VA es extremadamente limitada (vea la página 15). Usted puede, sin embargo, decidir utilizar los beneficios de su seguro médico privado como complemento de sus beneficios de cuidados de la salud de VA.

¿Qué ingresos se consideran en la evaluación financiera (encuesta sobre los medios económicos)?, ¿se considera el tamaño de la familia?

VA considera sus ingresos familiares brutos y su patrimonio neto del año calendario anterior. Esto incluye los ingresos ganados y no ganados y el patrimonio neto de su cónyuge y dependiente(s). Generalmente, los ingresos ganados son los pagos que se reciben por trabajar. Los ingresos no ganados pueden ser intereses ganados, dividendos recibidos, dinero de los fondos de jubilaciones, pagos del Seguro Social, pensiones o ingresos de otros activos. Se considerará la cantidad de personas que componen su familia para determinar el límite de ingresos aplicable, tanto el límite de ingresos establecido por VA como el límite de ingresos de su región geográfica.

¿Qué es el límite geográfico?

Por ley, VA debe identificar a los veteranos a los que se les solicita que costeen los gastos del cuidado médico. Los veteranos cuyos ingresos se encuentren dentro de los límites de la encuesta sobre los medios económicos y los límites de ingresos bajos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) tendrán una reducción del 80% en sus copagos por atención hospitalaria. Los veteranos restantes de ingresos más altos seguirán realizando los copagos completos por atención hospitalaria y se les asignará el estatus MT Co-pago Requerido de la encuesta sobre los medios económicos. Esta ley afecta a los copagos por atención ambulatoria y medicamentos.

En el caso de los veteranos que tienen más de un lugar de residencia, ¿qué dirección se utiliza en la encuesta sobre los medios económicos para el límite establecido de medios geográficos?

La dirección que se utiliza para determinar su límite establecido en la encuesta sobre los medios geográficos es su dirección permanente, que normalmente es el lugar en el que usted declara su residencia a los fines de impuestos y elecciones. Para ver los límites establecidos en la encuesta sobre los medios geográficos, visite www.va.gov/healtheligibility/library/pubs/gmtincomethresholds.

¿Con qué frecuencia se actualizan los límites de ingresos?

Los límites de ingresos que se utilizan tanto para la Evaluación Financiera como para realizar los ajustes geográficos de las áreas con costos de vida altos se actualizan todos los años. Para ver los límites de ingresos actuales, visite www.va.gov/healtheligibility/library/pubs/vaincomethresholds.

Registro de Grupos prioritarios en el cuidado de la salud de VA

Al momento de recibir la solicitud completa (debe incluir firma y fecha), se verificará la elegibilidad del veterano. Según su estado de elegibilidad, se le asignará a uno de los siguientes grupos prioritarios. Los grupos prioritarios se encuentran en una escala del 1 al 8 en la que el Grupo prioritario 1 tiene la mayor prioridad y el Grupo prioritario 8 tiene la menor.

Grupo prioritario 1

- Veteranos con un 50% o más de incapacidad relacionada con el servicio.
- Veteranos que, según lo determine VA, no pueden ser empleados debido a sus afecciones de salud relacionadas con el servicio de acuerdo con la calificación de VA.

Grupo prioritario 2

Veteranos con un 30 o un 40% de incapacidad relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA.

Grupo prioritario 3

- Veteranos del grupo POW.
- Veteranos condecorados con un Corazón Púrpura.
- Veteranos cuyo licenciamiento del servicio se debió a una incapacidad adquirida o agravada durante el cumplimiento del deber.
- Veteranos con un 10 o un 20% de incapacidad relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA.

- Veteranos a quienes se les otorgó una elegibilidad especial bajo el Título 38, U.S.C., Sección 1151, "beneficios para individuos con incapacidades incurridas durante el tratamiento o la participación en un programa de rehabilitación vocacional".

Grupo prioritario 4

- Veteranos que reciben beneficios de ayuda y asistencia o confinamiento domiciliario por parte de VA.
- Veteranos calificados por VA como gravemente incapacitados.

Grupo prioritario 5

- Veteranos no relacionados con el servicio y veteranos relacionados con el servicio con discapacidad calificada del 0% y sin compensación cuyos ingresos anuales y patrimonio neto son inferiores a los límites establecidos por la encuesta sobre los medios económicos de VA.
- Veteranos que reciben beneficios de pensión de VA.
- Veteranos elegibles para los programas de Medicaid.

Grupo prioritario 6

- Veteranos del período de la Primera Guerra Mundial.
- Veteranos relacionados con el servicio con una compensación del 0%.
- Veteranos expuestos a radiación ionizante durante pruebas atmosféricas o durante la ocupación de Hiroshima y Nagasaki.
- Participantes del Proyecto 112/SHAD
- Veteranos que prestaron servicio en un escenario de operaciones de combate después del 11 de noviembre de 1998 según se indica a continuación:
 - Veteranos licenciados del servicio activo el 28 de enero de 2003 o después que se registraron hasta el 28 de enero de 2008, y veteranos que soliciten el registro después del 28 de enero de 2008 y durante los 5 años posteriores al licenciamiento.
 - Veteranos licenciados del servicio activo antes del 28 de enero de 2003, que soliciten el registro después del 28 de enero de 2008, hasta el 27 de enero de 2011.



Grupo prioritario 7

Veteranos cuyos ingresos o patrimonio neto están POR ENCIMA del límite de ingresos nacional establecido por VA, pero POR DEBAJO del límite de ingresos geográfico y que están de acuerdo en realizar copagos.

Grupo prioritario 8

Veteranos cuyos ingresos o patrimonio neto están POR ENCIMA del límite de ingresos nacional establecido por VA así como del límite de ingresos geográfico y que están de acuerdo en realizar copagos.

- Subprioridad a: Veteranos relacionados con el servicio con una compensación del 0% que se registraron hasta el 16 de enero de 2003 y que continúan registrados desde esa fecha.
- Subprioridad c: Veteranos no relacionados con el servicio que se registraron hasta el 16 de enero de 2003 y que continúan registrados desde esa fecha.
- Subprioridad e: Veteranos relacionados con el servicio con una compensación del 0% que solicitaron el registro después del 16 de enero de 2003.
- Subprioridad g: Veteranos no relacionados con el servicio que solicitaron el registro después del 16 de enero de 2003.

Restricción del registro para veteranos asignados a los Grupos prioritarios 8e y 8g

A partir del 17 de enero de 2003, VA suspendió efectivamente los NUEVOS registros de veteranos asignados a los Grupos Prioritarios 8e y 8g (grupos de menor prioridad de VA compuestos por veteranos con mayores ingresos). Los veteranos asignados a estos grupos NO son elegibles para el registro en este momento. La asignación a los Grupos Prioritarios 8e y 8g se basa en lo siguiente:

- Si los ingresos familiares del veterano superan tanto el límite de ingresos nacional establecido por VA del año en curso como el límite de ingresos geográfico de acuerdo con el lugar de residencia del veterano, o
- el veterano se negó a proporcionar información sobre su grupo familiar, y
- el veterano no tiene ninguna elegibilidad especial, como incapacidad relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA susceptible de compensación.

Los veteranos registrados en los Grupo prioritario 8a u 8c el 16 de enero de 2003 o antes continúan registrados y siguen siendo elegibles para una gran variedad de beneficios de cuidado de la salud de VA.



Preguntas frecuentes

¿De qué manera el hecho de aplicar los límites de ingresos geográficos afecta el proceso de evaluación financiera y el registro de grupos prioritarios?

Aunque los procedimientos de evaluación financiera no cambian, la aplicación de los límites de ingresos geográficos divide al Grupo prioritario 7 original en dos grupos prioritarios separados. El Grupo prioritario 7 ahora se limita a veteranos no relacionados con el servicio y a veteranos relacionados con el servicio con una compensación del 0% cuyos ingresos y patrimonio neto juntos superen el límite de ingresos nacional establecido por VA del año en curso (encuesta sobre los medios económicos), PERO cuyos ingresos sean menores al límite geográfico ajustado.

¿Qué es una calificación de VA relacionada con el servicio y cómo establezco una?

Una calificación relacionada con el servicio o con compensación es un dictamen oficial de la Oficina Regional de VA que establece que su enfermedad o afección está directamente relacionada con su servicio militar activo. Las Oficinas Regionales de VA también son responsables de administrar beneficios de educación, rehabilitación vocacional y otros programas de beneficios, como préstamos para viviendas. Para obtener más información o para solicitar algunos de estos beneficios, contáctese con la Oficina Regional de VA más cercana al 1-800-827-1000 o visite nuestro sitio web www.va.gov.

¿A quiénes VA considera como “gravemente” incapacitados?

Para que se lo considere como gravemente incapacitado, usted debe tener una lesión, un desorden o una enfermedad seriamente incapacitantes que comprometan de manera permanente su capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas. La incapacidad debe ser tal que usted necesite ayuda mecánica o personal para salir de su casa o levantarse de la cama, o que necesite supervisión constante para evitar que ocasione daños físicos a otros o a usted mismo. Para solicitar una evaluación, contacte al Coordinador de Registro del establecimiento de cuidado de la salud de VA de su localidad. Si un profesional de la salud de VA determina que usted está gravemente incapacitado, se actualizará su prioridad asignándolo al Grupo prioritario 4. Sin embargo, si antes se le solicitó que realizara los copagos, este requisito se mantendrá hasta que su situación financiera lo califique para servicios sin costo.



El Grupo prioritario 8 tiene los grupos subprioritarios a, c, e y g. ¿Existen los grupos subprioritarios b, d y f?

Aunque las designaciones de grupos de subprioridad (a, c, e y g) están en orden descendente de mayor a menor prioridad, deliberadamente no se colocaron en orden consecutivo. Como estas designaciones se utilizan exclusivamente con fines de control interno, hemos reservado las letras b, d y f para el caso de que en el futuro se hagan modificaciones adicionales a los grupos prioritarios.





Mientras muchos veteranos califican para servicios de cuidado de la salud sin costo a causa de una afección relacionada con el servicio susceptible de compensación o cualquier otro factor calificante, a la mayoría de los veteranos se les solicita que completen una evaluación financiera anual, también conocida como Encuesta sobre los medios económicos, para determinar si califican para los servicios sin costo. Los veteranos cuyos ingresos y patrimonio neto superan el límite de ingresos establecido y aquéllos que deciden no completar la evaluación financiera deben estar de acuerdo en realizar los copagos requeridos a fin de ser elegibles para los servicios de cuidado de la salud de VA. Tenga en cuenta que los veteranos nuevos con ingresos altos que no tienen elegibilidad especial y solicitaron su registro el 17 de enero de 2003 o después, y los veteranos que se niegan a proporcionar información sobre sus ingresos no son elegibles para el registro. Estos veteranos se asignan a los Grupos Prioritarios

8e y 8g (vea Restricción del registro). Además de la confirmación de su registro y la asignación a un grupo prioritario, los registrados recibirán información por correo respecto a sus requerimientos de copago, si aplican.

Tipos de copago

Copagos por atención ambulatoria*—se basan en el mayor de dos niveles de servicio de un día particular.

- Servicios de atención primaria: Servicios que brinda un médico clínico de atención primaria (nivel más bajo de servicio).
- Servicios de atención especializada: Servicios que brinda un médico especialista, como:
 - cirujanos
 - radiólogos
 - audiólogos
 - optometristas
 - cardiólogos
 - y exámenes especiales, como:
 - imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
 - tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés)
 - estudios de medicina nuclear (nivel más alto de servicio)

**No se requieren copagos para servicios de cuidados preventivos como análisis, vacunaciones y otros servicios que no necesitan la presencia de un médico.*

Copagos por medicamentos*—aplicables a cada receta, incluido el suministro de medicamentos de mantenimiento para 30 días o menos.

**Incluye un tope anual para los grupos prioritarios del 2 al 6.*

Copagos por atención hospitalaria—además del cobro de un copago estándar por cada 90 días de atención durante un período de 365 días sin importar el nivel de servicio (como cuidados intensivos, atención quirúrgica o atención médica general), se cobrará un cargo por atención hospitalaria (diario) por cada día de hospitalización.

Copagos por cuidados a largo plazo*—según los tres niveles de cuidados (vea las definiciones en Beneficios de cuidado a largo plazo en la página 18).

- Cuidados en casas de salud/
Cuidados hospitalarios durante recesos/Evaluación geriátrica
- Cuidado de la salud diaria para adultos/
Evaluación geriátrica ambulatoria/
Cuidados ambulatorios durante recesos
- Cuidado domiciliario

**Los copagos por servicios de cuidados a largo plazo comienzan el 22.º día de cuidados dentro de cualquier período de 12 meses, no se requieren copagos por los primeros 21 días. Los costos reales de los copagos variarán de un veterano a otro dependiendo de la información financiera suministrada en el Formulario 10-10EC de VA.*

Cambios anuales en las tasas de copagos

Como se producen cambios anuales en las tasas de los copagos, incluido el tope anual de copagos por medicamentos, se publican por separado. Las tasas actualizadas del año en curso pueden obtenerse en cualquier establecimiento de cuidado de la salud de VA o en la página de elegibilidad de nuestro sitio web www.va.gov/healtheligibility/costs.



¿Qué veteranos no necesitan realizar copagos?

Muchos veteranos califican para recibir cuidados de la salud o medicamentos sin costos por

- Haber sido condecorados con un Corazón Púrpura;
- tener estatus de Prisionero de Guerra;
- tener incapacidades relacionadas con el servicio con una compensación según VA;
- tener ingresos bajos, u
- otros factores calificantes que incluyen el tratamiento relacionado con su experiencia en el servicio militar.

Algunos de los servicios exentos de copagos por atención hospitalaria y ambulatoria

- Exámenes especiales de registro que ofrece VA para evaluar posibles riesgos de salud asociados con el servicio militar.
- Cuidados y orientación por traumas sexuales militares.
- La evaluación de compensación y pensión que requiere la Administración de Beneficios para Veteranos (VBA, por sus siglas en inglés). Éste es un examen físico para determinar

lesiones relacionadas con el servicio y determinar si el veterano tiene derecho a beneficios de compensación y pensión.

- Cuidados que forman parte de un proyecto de investigación aprobado por VA.
- Cuidados relacionados con una incapacidad relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA.
- Asesoría de readaptación y servicios relacionados con la salud mental.
- Tratamientos de emergencia en establecimientos que no son de VA.
- Cuidados para el cáncer en la cabeza o el cuello producidos por tratamientos con radiación en la nariz o la garganta realizados durante el servicio militar.
- Iniciativas de salud pública de VA anunciadas públicamente, por ejemplo: ferias de salud.
- Cuidados relacionados con el servicio para veteranos que sirvieron en combate o contra fuerzas hostiles en un período de hostilidades posterior al 11 de noviembre de 1998.
- Servicios de laboratorio y otros servicios, como radiología con película plana y electrocardiogramas.



Preguntas frecuentes

Soy veterano de combate recientemente licenciado, ¿debo realizar copagos de VA?

Si los servicios se proporcionan para el tratamiento de una afección que puede estar potencialmente relacionada con su servicio militar en un escenario de operaciones de combate, no se le cobrarán los copagos. Los veteranos de combate actualmente registrados tienen un período de registro de beneficios de salud extendido de cinco años desde su licenciamiento más reciente. Los nuevos registrados que se licenciaron del servicio activo el 28 de enero de 2008 o después, son elegibles para este registro extendido de beneficios de salud durante los cinco años siguientes a la fecha de su licenciamiento más reciente del servicio activo. Los veteranos de combate que nunca se registraron y se licenciaron del servicio activo entre el 11 de noviembre de 1998 y el 27 de enero de 2003 pueden solicitar esta oportunidad extendida de registro hasta el 27 de enero de 2011.

A los veteranos de combate recientemente licenciados se les solicitará que completen las evaluaciones financieras que correspondan (encuesta sobre los medios económicos o evaluación de copagos por medicamentos) para determinar si califican para la asignación de un registro de prioridad mayor, si se les cobrarán copagos por cuidados o medicamentos proporcionados para el tratamiento de afecciones no relacionadas con el combate, como así también su elegibilidad potencial para beneficios de viaje.

Nota: A los veteranos de combate que solicitaron su registro después del 16 de enero de 2003, pero cuyo registro no fue aceptado porque realizaron su solicitud fuera del período previo de dos años posteriores al licenciamiento, su caso se revisará automáticamente y se les notificará la decisión de registro bajo la nueva autorización.

¿Cuántos copagos pueden cobrarse en un solo día?

Para los servicios ambulatorios, se le cobrará un copago, sin importar la cantidad de proveedores de la salud que vea ese día. El monto del copago por servicios ambulatorios se determinará en base al nivel de servicio más alto que recibió ese día. Por ejemplo, si realizó una consulta



de atención especializada y una consulta de atención primaria el mismo día, sólo se le cobrará la consulta de atención especializada porque es un nivel más alto de cuidado. La cantidad de copagos por medicamentos que se cobre como resultado de su consulta ambulatoria depende de la cantidad de medicamentos que se le suministren para 30 días o menos. Los copagos por la atención hospitalaria se basan tanto en un costo estándar por cada 90 días de atención durante un período de 365 días como en un costo por atención hospitalaria (diario). Juntos, los costos de los copagos por la atención hospitalaria cubren todos los servicios, incluidos los medicamentos. Con excepción de los copagos por medicamentos para cuidados ambulatorios, los copagos por cuidados a largo plazo constituyen un único costo total.

¿Quién califica para el tope anual de copagos por medicamentos?

El tope anual de copagos por medicamentos se aplica a los Grupos prioritarios del 2 al 6 (el Grupo prioritario 1 está exento de TODOS los copagos). Como su estado financiero es más alto, los veteranos de los Grupos prioritarios 7 y 8 NO califican para el tope anual de copagos por medicamentos. Para quienes califiquen, una vez que se alcance el límite anual, todas las recetas subsiguientes que se expidan durante el año calendario estarán exentas de los requisitos de los copagos.

¿Qué sucede si no puedo realizar los copagos?

Si ha habido una disminución significativa en sus ingresos ganados con respecto al año anterior, sus ingresos proyectados actuales pueden utilizarse en una base de caso por caso (VA lo denomina proceso de Determinación de Dificultades Económicas). Para solicitar una Determinación de Dificultades Económicas, consulte al Coordinador de registro del establecimiento médico de VA de su localidad. La Determinación de Dificultades Económicas sólo es aplicable a responsabilidades de copagos futuras. En caso de que haya incurrido en una deuda de copagos, puede contactar al Coordinador de registro del Centro Médico de VA donde recibió atención para solicitar una extensión.

¿Cuál es el copago para un suministro de medicamentos para 90 días?

Aunque la receta se expida para 90 días, cada suministro de medicamentos para 30 días o menos está sujeto a la tasa de copago por medicamentos aplicable en ese año. Un suministro para 90 días costaría el triple de la tasa de copago por medicamentos.



Servicios cubiertos/beneficios de cuidados intensivos

Beneficios estándar

Los siguientes servicios en cuidados intensivos están disponibles para todos los veteranos registrados:

Servicios de cuidados preventivos

- Vacunaciones
- Exámenes físicos (incluidos exámenes visuales y auditivos)
- Evaluaciones de cuidados de la salud
- Análisis
- Programas de educación para la salud

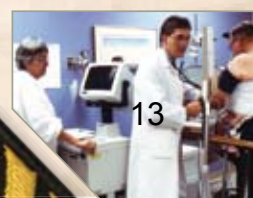
Servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio

- médicos
- quirúrgicos (incluida cirugía plástica/reconstructiva como consecuencia de una enfermedad o trauma)
- de salud mental
- de abuso de drogas

Servicios de diagnóstico y tratamiento hospitalario

- médicos
- quirúrgicos (incluida cirugía plástica/reconstructiva como consecuencia de una enfermedad o trauma)
- de salud mental
- de abuso de drogas

Medicamentos con receta (cuando las receta un médico de VA)





Beneficios limitados

Los siguientes servicios de cuidados (lista parcial) tienen limitaciones y pueden tener criterios especiales de elegibilidad:

- Servicios de ambulancias
- Atención odontológica
- Equipos médicos duraderos
- Anteojos
- Audífonos
- Cuidado domiciliario de la salud
- Servicios de maternidad y parto: generalmente se proporcionan en hospitales contratados que no pertenecen a VA y por cuenta de VA, los cuidados se limitan a la madre (no se cubren los costos asociados al cuidado del recién nacido).
- Servicios de cuidado de la salud que no presta VA



Exclusiones generales (lista parcial)

- Abortos y orientación sobre abortos
- Cirugía estética (excepto que VA determine que es médicamente necesaria para cuidados reconstructivos o psiquiátricos)
- Alteración de género
- Membresías de gimnasios y spas, aun cuando sean para rehabilitación
- Fertilización in vitro
- Medicamentos, dispositivos biológicos y médicos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos a menos que formen parte de un ensayo clínico formal bajo un programa de investigación aprobado o si se recetan bajo una excepción por motivos de compasión.
- Cuidados médicos para un veterano que es paciente o interno en una institución de otro organismo del gobierno si ese organismo tiene la obligación de proporcionar los cuidados o servicios.
- Servicios no ordenados o proporcionados por personal profesional acreditado o matriculado
- Casas de salud especiales, privadas y con costo

Preguntas frecuentes

Los audífonos y los anteojos están en la lista de beneficios "limitados." ¿En qué circunstancias califico?

VA proporcionará audífonos y anteojos a los veteranos que reciben una pensión más alta según la necesidad de ayuda y asistencia regular o por estar imposibilitados para salir de su casa permanentemente, que reciben compensación por una incapacidad relacionada con el servicio o han sido Prisioneros de Guerra. De lo contrario, los audífonos y los anteojos se proporcionan sólo en circunstancias especiales y no por pérdida auditiva o visual natural. Para obtener información adicional, comuníquese con el representante de prótesis del establecimiento de cuidado de la salud de VA de su localidad.

¿Soy elegible para la atención odontológica?

Usted es elegible para los servicios odontológicos si su atención odontológica es por una afección relacionada con el servicio con compensación, una afección dental producida por un trauma relacionado con el servicio, si tiene una incapacidad relacionada con el servicio calificada como del 100% o una calificación como incapacitado para trabajar debido a afecciones relacionadas con el servicio. También califica si ha sido POW, ha participado de un programa de rehabilitación vocacional de VA, es un veterano sin vivienda registrado que participa en programas específicos de cuidado de la salud o si su afección dental agrava un problema médico bajo tratamiento de VA.

Efectivamente a partir del 28 de enero de 2008, los veteranos recientemente licenciados que tengan una afección o una incapacidad dental relacionada con el servicio sin compensación, que prestaron servicio activo durante 90 días o más y que soliciten atención odontológica de VA dentro de los 180 días al licenciamiento del servicio activo, pueden recibir tratamiento para afecciones dentales una sola vez. La condición para esto es que se demuestre que la afección dental existía al momento del licenciamiento o separación así como que el certificado de licenciamiento del veterano no indique que el veterano recibió la atención odontológica necesaria dentro de un período de 90 días anteriores al licenciamiento o separación. Esto incluye a los veteranos que reingresaron al servicio militar, naval o aéreo activo dentro de los 90 días siguientes a la fecha del licenciamiento anterior y a los veteranos a quienes una autoridad competente les corrigió su licenciamiento o separación como descalificante.

Nota: Los veteranos licenciados entre el 1 de agosto de 2007 y el 27 de enero de 2008 son





elegibles para el beneficio odontológico si lo solicitaron dentro de los 180 días desde su licenciamiento. Se contactará a los veteranos a quienes se les negó este beneficio odontológico porque sus solicitudes se realizaron fuera del período previamente exigido de 90 días después de su licenciamiento, para revisar y corregir, según corresponda, el rechazo de su solicitud. Los veteranos afectados también pueden contactar a su centro médico local para revisar y corregir, según corresponda, su solicitud rechazada.

Nota: Los veteranos a los que la Administración de Beneficios para Veteranos les otorgue la calificación de incapacidad total temporaria no serán elegibles para servicios odontológicos ambulatorios integrales.

¿Tengo una cantidad limitada de días de hospitalización o consultas ambulatorias en un determinado período de tiempo?

No hay límites para los servicios en cuidados intensivos (días de cuidados en hospitalización y consultas ambulatorias).

¿Califico para la atención de la salud rutinaria en instalaciones que no pertenecen a VA a costo de VA?

Para calificar para la atención de la salud rutinaria en instalaciones que no pertenecen a VA a costo de VA (conocido como el cuidado de Basis de honorarios), primero usted debe recibir la autorización específica por su proveedor de VA. Entre los factores en determinar si tal cuidado será autorizado está su estado de salud y la disponibilidad de servicios de VA dentro de su área geográfica.

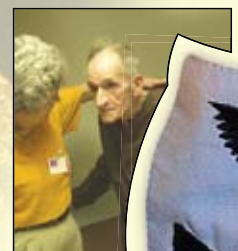
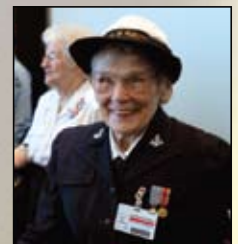
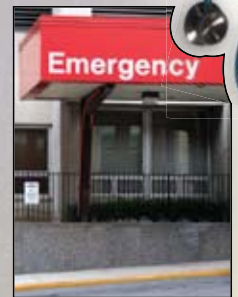
¿Soy elegible para cuidados de emergencia en establecimientos que no son de VA?

Si está en tratamiento en un establecimiento de salud de VA y necesita cuidados de emergencia que VA no puede proporcionar y VA lo refiere a un establecimiento que no es propio de VA para recibir atención, VA pagará dicha atención.

Cuando usted vaya directamente a un establecimiento que no es de VA a recibir cuidados de emergencia, existen tres formas en las que usted puede ser elegible para ese cuidado. En todos los casos, el cuidado debería haber sido proporcionado en una emergencia médica, los establecimientos de cuidado de la salud de VA no estaban realmente disponibles y el pago no se podrá efectuar hasta que usted se estabilice y puedan trasladarlo a VA o darlo de alta.

La primera forma en la que usted puede ser elegible es:

- Cuando se notifique de la emergencia al establecimiento de salud de VA más cercano dentro de las 72 horas siguientes al tratamiento hospitalario o ambulatorio y si usted cumple uno de los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación. Puede realizar la notificación usted, un miembro de su familia o el proveedor de servicios de salud si:
 - usted recibe tratamiento por una incapacidad relacionada con el servicio;
 - ha sido calificado por VA como incapacitado total y permanente debido a una incapacidad relacionada con el servicio;
 - recibe cuidados por una incapacidad por la que fue licenciado del servicio activo;
 - recibe cuidados por una incapacidad no relacionada con el servicio, que se asocia con el hecho de agravar una incapacidad relacionada con el servicio;
 - participa en un programa de rehabilitación según U.S.C 38, capítulo 31, o
 - es veterana.
- Cuando se notifique al establecimiento de salud de VA más cercano sobre un tratamiento ambulatorio en una sala de emergencias dentro de las 72 horas siguientes a dicho tratamiento y si usted cumple uno de los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación. Puede realizar la notificación usted, un miembro de su familia o el proveedor de servicios de salud si:
 - está calificado con una incapacidad relacionada con el servicio del 50% o más;
 - es veterano del período de la frontera con México o de la Primera Guerra Mundial;
 - recibe beneficios de ayuda y asistencia o confinamiento domiciliario de VA;
 - requiere cuidados médicos de emergencia durante un viaje autorizado, o
 - recibe cuidado en una casa de salud contratada por VA.





La segunda forma en la que usted puede ser elegible es:

- Cuando no se notificó a VA dentro de las 72 horas o luego de que se le dio de alta y usted cumple uno de los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación:
 - usted recibe tratamiento por una incapacidad relacionada con el servicio;
 - ha sido calificado por VA como incapacitado total y permanente debido a una incapacidad relacionada con el servicio;
 - recibe cuidados por una incapacidad no relacionada con el servicio, que se asocia con el hecho de agravar una incapacidad relacionada con el servicio, o
 - participa en un programa de rehabilitación según U.S.C 38, capítulo 31.

La tercera forma en la que usted puede ser elegible es:

- Cuando usted no sea elegible según las dos formas mencionadas anteriormente y cumpla con todos los siguientes criterios:
 - los servicios de emergencia se proporcionaron en el departamento de emergencias de un hospital;
 - la afección tratada era de una naturaleza tal que la demora en el tratamiento podría haber puesto en riesgo la vida o la salud;
 - los establecimientos de cuidado de la salud de VA no estaban realmente disponibles;
 - usted está registrado en el sistema de cuidado de la salud de VA;
 - ha recibido servicios médicos de VA dentro de los 24 meses anteriores al tratamiento de emergencia;
 - es financieramente responsable por el tratamiento;
 - no tiene cobertura de un plan de salud para pagar el tratamiento, o
 - ha agotado todos los reclamos contra terceros sin éxito.

¿Es necesaria la aprobación de VA antes de recibir servicios de emergencia que no pertenecen a VA?

Aunque no se requiere aprobación, usted u otra persona responsable debería notificar al establecimiento de cuidado de la salud de VA más cercano tan pronto como sea posible. Como el pago de VA se limita hasta el punto en que su afección se estabilice y puedan trasladarlo a un establecimiento de VA, la notificación permite que VA haga los arreglos para que su traslado se efectúe lo más pronto posible.

¿Ofrece VA una compensación por gastos de viaje hacia y desde un establecimiento de VA?

Si usted se encuentra en un criterio específico (vea la siguiente pregunta), usted es elegible para los beneficios de viaje. En la mayoría de los casos, los beneficios de viaje están sujetos a un deducible. Los requerimientos para la exención de los deducibles son: 1) los viajes para un examen para compensación y pensión, y 2) los viajes en ambulancia o en una camioneta especialmente equipada. Dado que los beneficios de viaje están sujetos a la cantidad de millas y a los cambios de los deducibles, publicamos anualmente un documento aparte en el que se detallan estas cantidades. Puede obtener una copia en cualquier establecimiento de cuidado de la salud de VA.

¿Califico para los beneficios de viaje?

Usted puede calificar como beneficiario de los pagos por viaje si está dentro de una de las siguientes categorías:

- Tiene una calificación de discapacidad relacionada con el servicio del 30% o más.
- Viaja para recibir tratamiento por una afección relacionada con el servicio.
- Recibe una pensión de VA.
- Viaja a un examen programado para compensación o pensión.
- Sus ingresos no superan la tasa de pensión máxima anual de VA.
- Está autorizado en un programa de rehabilitación vocacional.
- La afección de su salud requiere una ambulancia o una camioneta especialmente equipada, no es capaz de cubrir los costos y el viaje está preautorizado (no se requiere autorización en caso de emergencias si una demora puede poner en riesgo su vida o su salud).



Beneficios de cuidado a Largo Plazo

Beneficios estándar

Los siguientes beneficios del cuidado de la salud a largo plazo están disponibles para todos los veteranos registrados:

Evaluación geriátrica

La evaluación geriátrica es la valoración integral tanto de la capacidad de un veterano para cuidar su salud física como de su entorno social, lo que conduce a un plan de cuidado de la salud. El plan puede incluir tratamiento, rehabilitación, promociones y servicios sociales. Dichas evaluaciones se realizan a pacientes internados en las Unidades de Evaluación y Administración Geriátricas (GEM, por sus siglas en inglés), clínicas de GEM, clínicas geriátricas de atención primaria y a otros pacientes ambulatorios.

Cuidado de la salud diaria para adultos

El programa de cuidado de la salud diaria para adultos (ADHC, por sus siglas en inglés) es un programa de atención terapéutica diaria que brinda servicios médicos y de rehabilitación a veteranos con incapacidades combinados en un mismo establecimiento.

Cuidados durante recesos

Los cuidados durante los recesos proveen un cuidado suplementario a corto plazo para veteranos, de modo que pueda darse al encargado del cuidado un descanso planificado de las exigencias físicas y emocionales relacionadas con la atención de la salud. Los cuidados durante recesos pueden proveerse en el domicilio o en otros establecimientos no institucionales.

Cuidado domiciliario

VA y agencias contratadas proporcionan cuidado domiciliario calificado a veteranos imposibilitados para salir de su casa que padecen afecciones crónicas. La misma incluye asistencia de enfermería, terapia física y ocupacional, y servicios sociales.

Cuidados paliativos y de hospicio para enfermos terminales

Los programas de cuidados paliativos y de hospicio para enfermos terminales ofrecen control del dolor, control de síntomas y otros servicios médicos a veteranos con una afección terminal o a veteranos en las últimas etapas del proceso de una afección crónica. Los servicios también incluyen cuidados durante recesos así como orientación para los miembros de la familia ante la pérdida de un ser querido.

Evaluación financiera para servicios de cuidado a largo plazo

En el caso de veteranos que no están automáticamente exentos de realizar copagos por los servicios de cuidado a largo plazo (vea Copagos en la página 11), deben completar una evaluación financiera aparte (Formulario 10-10EC de VA, Solicitud para beneficios de cuidado ampliados) a fin de determinar si califican para los servicios sin costo o qué más requieren para realizar los copagos del cuidado a largo plazo. En el caso de los veteranos que no califican para los servicios sin costo, la evaluación financiera para servicios de cuidado a largo plazo se usa a fin de determinar los requisitos del copago. A diferencia de otros servicios de cuidado de la salud de VA que se basan en costos fijos para todos, los costos del copago de cuidado a largo plazo se ajustan individualmente de acuerdo con el estado financiero de cada veterano.

Beneficios limitados

Cuidados en casas de salud

Mientras algunos veteranos califican para cuidados indefinidos en una casa de salud, otros veteranos pueden calificar por un período limitado. Entre los que califican automáticamente para cuidados indefinidos en una casa de salud se encuentran los veteranos con una afección relacionada con el servicio y que se ha determinado clínicamente como una afección que requiere cuidados en una casa de salud, y los veteranos con una calificación de discapacidad relacionada con el servicio del 70% o más. A otros veteranos, y con mayor prioridad a los que padecen afecciones relacionadas con el servicio, pueden proporcionársele cuidados en una casa de salud a corto plazo si el lugar y los recursos se encuentran disponibles.

Atención domiciliaria

La atención domiciliaria provee cuidado del mantenimiento de la salud a largo plazo y en cuanto a rehabilitación para los veteranos que requieren un cuidado médico mínimo y que no necesitan todos los servicios que se brindan en las casas de salud. La atención domiciliaria enfatiza la rehabilitación y el regreso a la comunidad. VA puede proporcionar atención domiciliaria a los veteranos cuyos ingresos anuales no superan la tasa de pensión máxima anual de VA o a los veteranos que carecen de medios de subsistencia adecuados.



Preguntas frecuentes

Ya proporcioné información financiera en mi solicitud inicial. ¿Por qué es necesario completar una evaluación financiera para el cuidado a largo plazo?

A diferencia de la información reunida en la evaluación financiera, que se basa en sus ingresos del año anterior, el 10-10EC está diseñado para evaluar su estado financiero presente, incluidos sus gastos actuales. Este análisis profundo brinda información de ingresos/gastos mensuales a fin de determinar si usted califica para el cuidado a largo plazo sin costo o para una reducción significativa de la tarifa máxima de copago.

Una vez que envíe un formulario 10-10EC de VA, ¿quién me notifica sobre mis requerimientos de copago de cuidado a largo plazo?

El trabajador social o el encargado del caso responsable de su localidad le proporcionará una proyección anual de sus tarifas mensuales de copago.

En el caso de que califique para cuidados en una casa de salud, ¿cómo se determina si se me proporcionará el cuidado en un establecimiento de VA o en una casa de salud privada por cuenta de VA?

Si usted califica para cuidados indefinidos en una casa de salud, generalmente se los proporcionarán en un establecimiento de VA. Puede proporcionarse en un establecimiento privado bajo un contrato de VA en el caso de que haya necesidades médicas o sociales apremiantes. Si usted no califica para cuidados indefinidos, quizás se le ubique en una casa de salud comunitaria –generalmente esto no supera los seis meses– siguiendo un caso de cuidado de VA. El propósito de esta colocación a corto plazo es brindarles atención a usted y a su familia mientras se examinan colocaciones alternativas a largo plazo.

¿Cuál es el subsidio disponible para colocaciones alternativas destinado a veteranos que no califican para cuidados indefinidos en una casa de salud por cuenta de VA?

Si la necesidad de cuidados en una casa de salud sobrepasa la elegibilidad del veterano, nuestros trabajadores sociales colaborarán con los miembros de la familia para identificar posibles fuentes de asistencia financiera. Nuestro personal revisará la elegibilidad básica de Medicare y Medicaid, y enviará a la familia a las fuentes adecuadas para una mayor asistencia, incluyendo la posibilidad de solicitar otros programas de beneficios de VA.

Cuidado de la salud de VA adicional

Veteranos

Además del sistema de cuidado de la salud de VA, que suministra beneficios a veteranos que residen en Estados Unidos, VA también brinda beneficios a veteranos relacionados con el servicio que residen fuera del país.

Programa médico en el exterior de VA—programa de beneficios en el cuidado de la salud para veteranos estadounidenses con afecciones relacionadas con el servicio de acuerdo con la calificación de VA que viven o viajan al extranjero. Dos oficinas independientes manejan los beneficios en el exterior (como se indica en la siguiente página) dependiendo de dónde se hayan obtenido los servicios de cuidado de la salud.



Veteranos en Filipinas

Dirección

VA Outpatient Clinic (358/00)
2201 Roxas Blvd.
Pasay City 1300
República de Filipinas

Correo electrónico

manlvaro.inqry@vba.va.gov

Fax

011-632-838-4566



Dependientes y sobrevivientes

CHAMPVA—programa de beneficios en el cuidado de la salud para:

- dependientes de un veterano que VA ha calificado como incapacitado total y permanente;
- sobrevivientes de un veterano que ha fallecido debido a una afección relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA o que, al momento del fallecimiento, se calificó como incapacitado total y permanente debido a una afección relacionada con el servicio de acuerdo con la calificación de VA, y
- sobrevivientes de un militar que falleció en cumplimiento del deber y no debido a mala conducta, y que por otro lado no sean elegibles para los beneficios del programa TRICARE del DOD.

Dirección

CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063

Teléfono

800.733.8387

Beneficios en el cuidado de la salud para hijos de veteranas de la Guerra de Vietnam—

programa diseñado para hijos biológicos de veteranas de la Guerra de Vietnam nacidos con uno o más defectos congénitos según lo determinado por la Oficina Regional de VA.

Dirección

Hijos de veteranas de la Guerra de Vietnam
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Teléfono

888.820.1756

Fax

303.331.7807

Correo electrónico

www.va.gov/hac/contact
(vea CWVV)

Sitio web

www.va.gov/hac



Otros países

Dirección

Programa médico en el exterior
PO Box 469061
Denver CO 80246-9061

Teléfono

303.331.7590

Fax

303.331.7803

Correo electrónico

www.va.gov/hac/contact
(vea Foreign Medical Program)

Sitio web

www.va.gov/hac

Fax

303.331.7804

Correo electrónico

www.va.gov/hac/contact
(vea CHAMPVA)

Sitio web

www.va.gov/hac

Beneficios de cuidado de la salud para casos de espina bífida—programa diseñado para hijos biológicos de veteranos de la Guerra de Vietnam diagnosticados con espina bífida y quienes reciben los beneficios por espina bífida que otorga la Oficina Regional de VA.

Dirección

Cuidado de la salud por espina bífida
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Teléfono

888.820.1756

Fax

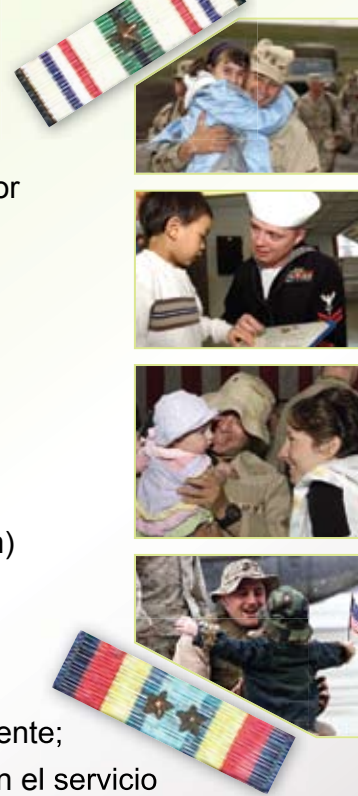
303.331.7807


Correo electrónico

www.va.gov/hac/contact
(vea Spina Bífida)

Sitio web

www.va.gov/hac





Para más información sobre el cuidado médico de la salud de VA,

llame gratis al 1-877-222-VETS (8387)

o por internet: www.va.gov/healtheligibility

Para descargar una copia de este folleto, visite:

http://www.va.gov/healtheligibility/library/pubs/healthcareoverview/health_care_overview_spanish.asp

Administración de Salud para Veteranos

Oficina Principal de la Empresa

Octubre 2008