

Un Manual para el Programa **CHAMPVA**

Ayudándolo a tomar una participación activa en sus cuidados médicos



NUMEROS DE TELEFONOS IMPORTANTES

NOMBRE		NUMERO DE TELEFONO
SU MEDICO (CUIDADOS PRIMARIOS)		
SU MEDICO		
SU MEDICO		
SU HOSPITAL		
SU FARMACIA		
SUS RECETAS		
CHAMPVA		1-800-733-8387
Magellan Cuidados de Salud Mental		1-800-424-4018
Medicinas por Correo (MbM) (vea página 17 para encontrar el número del centro que sirve a su estado)		Este 1-866-229-7389 Oeste 1-888-385-0235
Línea de Ayuda de Medicare Para ayuda con sus preguntas acerca Medicare		1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Adminstración de Seguro Social Para obtener ayuda sobre elegibilidad e inscripción en Medicare, jubilarse con beneficios de su Seguro Social por incapacidad		1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
SXC	Beneficiarios	1-888-546-5502

Publicado Mayo 2009

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Informes que Ayudan	1
SECCION 1: REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	5
Condición del Cónyuge	
CHAMPVA y Medicare	
Preguntas de Elegibilidad más Comunes	
CHAMPVA y TRICARE	
Condiciones para Menores	
SECCION 2: CUANDO NECESITA AYUDA O INFORMACION	11
Servicios al Consumidor	
Dónde se obtienen Formularios y Publicaciones	
A dónde se envían los Formularios que han sido Completados	
SECCION 3: COMO OBTENER ATENCION MEDICA	14
Proveedores Médicos VA	
Proveedores Médicos que no Pertenecen al VA	
Proveedores de Farmacia	
SXC Red de Farmacias al Público	
SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION	20
Autorización Para Cuidados	
Beneficios Cubiertos (no incluye todo)	
Otros Servicios Cubiertos	
Servicios que no están Cubiertos (no incluye todo)	
SECCION 5: SUS COSTOS	40
Deducible Anual	
Costo Compartido	
Límites Catastróficos	
Cantidad Asignable de CHAMPVA	
Cobertura fuera de los Estados Unidos	
Resumen de Costos—Cuando no Cuenta con otro Seguro De Salud	
Resumen de Costos—Cuando Cuidados son Originados por el VA	
Cuando CHAMPVA No Paga en Forma Apropiada	
SECCION 6: OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)	44
Certificación OHI	
CHAMPVA como Pagador Primario	
CHAMPVA como Pagador Secundario o Terciario	
CHAMPVA y otras Organizaciones de Mantenimiento para Cuidados de Salud (HMO) o Organizaciones con Planes Con Proveedores Preferidos (PPO)	

TABLA DE CONTENIDOS

SECCION 6 (continuación): OTRO SEGURO DE SALUD (OHI) 44

Resumen de Costos – Cuando tiene OHI (Que no sea Medicare)
CHAMPVA y Medicare
Resumen de Costos Cuando Tiene Medicare
CHAMPVA y Compensación para Trabajadores
CHAMPVA y Lesiones por Accidentes

SECCION 7: INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO 50

Al Presentar un Reclamo
Reclamos Presentados por el Proveedor
Reclamos de Farmacias
Dónde envío mis Reclamos
Fecha de Cierre para Reclamos
Explicación de Beneficios (EOB)

SECCION 8: SOLICITUDES DE APELACION 54

SECCION 9: AYUDA EN CASO DE FRAUDE 56

Consejos Para Detectar el Fraude
Consejos Para Prevenir el Fraude

SECCION 10: NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD 57

Como Solicitar o Divulgar Información de mis Registros

SECCION 11: DEFINICION DE PALABRAS COMUNES Y SIGLAS USADAS EN ESTE MANUAL 60

INDEX 65



Centro de Administración Médica VA
CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063

Teléfono: 1-800-733-8387
E-mail: Por favor navegue a Sitio Web y siga
las instrucciones para correo
electrónico: [http://www.va.gov/hac/
contact](http://www.va.gov/hac/contact)

GUARDE ESTE MANUAL

Este manual describe información importante sobre el programa CHAMPVA. Contamos también con un sitio Web donde Ud. puede encontrar Un Manual Para El Programa CHAMPVA en formato electrónico. Si lo quiere revisar, vaya a www.va.gov/hac.



Este manual no se publica anualmente. En algunas ocasiones descubrirá cambios que pueden afectar su elegibilidad, beneficios o gastos. Cuando esto 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 son las guías autorizadas para el programa CHAMPVA.

COMO ENCONTRAR INFORMACION EN ESTE MANUAL

La Tabla de Contenidos indica las áreas de tema por sección, con los números que corresponden a las páginas.

El índice que comienza en la página 65 está escrito en orden alfabético destacando así los temas señalados en este manual, correspondiendo con los números de páginas.

En este manual, palabras y siglas que resaltan en verde, serán definidas en las páginas 60-64

SOLICITUDES CHAMPVA



Información de como aplicar para CHAMPVA se puede encontrar en nuestro sitio web www.va.gov/hac o comunicándose con nosotros al teléfono **1-800-733-8387**.

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

CAMBIO DE DIRECCION

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

Correo: **Centro de Administración de Salud VA
ELEGIBILIDAD CHAMPVA
PO Box 469028
Denver CO 80246-9028**

Teléfono: **1-800-733-8387**

E-mail: Por favor, vaya a este web link y siga las direcciones para email:
<http://www.va.gov/hac/contact/>

NECESIDADES ESPECIALES

Para personas con impedimentos auditivos, favor utilizar el Federal Relay Operator (Operadora Para Personas Con Impedimentos Auditivos) llamando a 1-800-877-8339.

Si su primer idioma no es el inglés, haremos los arreglos para que un traductor participe con usted en esta llamada. Cuando nos llame, pida a nuestro servicio de traducción que participe en esta llamada telefónica.

También podemos enviarle, si nos solicita, una copia del manual CHAMPVA Handbook en cualquier idioma o Braille. Se enviará en aproximadamente seis semanas, contando a partir de la fecha en que recibamos su pedido.

PARA AYUDARLO EN COMO MANEJAR SUS CUIDADOS DE SU SALUD

Nuestra prioridad es su salud. Se ha comprobado mediante estudios, que la salud mejora cuando hay mas comunicación entre paciente y proveedor. Si su participación aumenta y se encuentra mejor informado sobre el cuidado de su salud, su estado de salud mejorará. Por este motivo, le recomendamos que tome control de su salud y se forme nuestro socio en cada uno de los pasos que le recomendamos.

Comunicación amplia con su médico comienza antes de dirigirse a su primera cita. Prepárese con calma para su cita y esto ayudará que su médico maneje mejor sus cuidados de salud. Haga una lista de los síntomas que usted está experimentando, incluyendo su duración y como se alivian esos síntomas. Finalmente, cuando se encuentre en el consultorio, hágale a su médico preguntas específicas estableciendo su prioridad con anticipación para así estar seguro de las respuestas para sus incumbencias más urgentes.

Durante su cita, solicite a su médico una aclaración o explicación de la terminología o procedimientos que no entienda, y anote las respuestas, si es necesario. Si le receta



su médico unos tratamientos, esté seguro que comprenda cuanto y cuando debe de tomar dichos medicamentos.

A continuación encontrará una lista de preguntas que lo ayudarán a tener más entendimiento y adquirir más conocimientos acerca de su condición de salud:

- ¿Porqué tengo este problema?
 - ¿Cuales serán las consecuencias de este problema en el futuro?
 - ¿Cual es el mejor tratamiento recomendable?
 - ¿Este tratamiento requiere que cambie mi dieta o estilo de vida?
 - ¿Que pasará si no trato esta condición inmediatamente?
 - ¿Necesitaré exámenes?
- ¿Porqué necesito esta medicina y por cuanto tiempo debo de tomarla?
 - ¿Hay comidas o bebidas que debo de evitar mientras tomo esta medicina?
 - ¿Cuales son los efectos secundarios de esta medicina?
 - ¿Cuando debo de hacer otra cita para el seguimiento?

SUGERENCIAS PARA ASISTIRLO CON CUIDADOS A LARGO PLAZO

A medida que lea el paquete de beneficios en este manual se dará cuenta que el cuidado a largo plazo no está incluido en los beneficios CHAMPVA. Cuidado a largo plazo se conoce como cuidado de custodia y se puede brindar en hogares de reposo, centros de vivienda con asistencia, cuidado diario para adultos en la casa del paciente. Contiene asistencia para todas las actividades cotidianas o supervisión a esa persona que tiene impedimentos sensoriales. Esto incluye asistir a la persona en caminar, higiene personal, ir al baño, vestirse, cocinar/alimentarse y la administración de medicamentos.

Como CHAMPVA o Medicare 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 su futuro, antes de que ocurra una crisis.



Seguro de Cuidados a Largo Plazo

Este seguro lo ofrecen compañías de seguros privadas y cubren, casi siempre, cuidados médicos y cuidado no médico para ayudarle en necesidades personales como bañarse, vestirse, el uso del baño y alimentación.

Para mas información acerca de seguro de cuidados a largo plazo, obtenga una copia de “A Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance” (Guía del Comprador de Seguros de Cuidados de Salud a Largo Plazo”) que le proporcionará el Departamento de Seguros de su estado o a la Asociación Nacional de Agentes de Seguros, 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO 64108-2662.



Pólizas de Seguro de Vida

Es posible que algunas compañías de seguros permitan que use su póliza de seguro de vida para pagar por su cuidado a largo plazo. Pregúntele cómo funcionan estas reglas a su agente de seguros.

Recursos Personales

Puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo. Puede que califique para Medicaid después que haya utilizado la mayoría de sus recursos personales.

¿COMENTARIOS?

Siempre estamos a la espera de sus comentarios. Si tiene algunas sugerencias que nos ayuden a mejorar este manual, póngase en contacto con nosotros a:

**VA Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 469060
Denver CO 80246-9060
Attention: Communications**

Correo Electrónico:

Por favor vaya al este web link y siga las instrucciones para presentar email seguro:
<http://www.va.gov/hac/contact/>

Elegibilidad para beneficios CHAMPVA puede sufrir cambios tales como su condición matrimonial, elegibilidad para Medicare o TRICARE, y la situación de estudiantes menores entre los 18 y 23 años de edad. Estos cambios deben de reportarse enseguida. Llámenos a 1-800-733-8387 o envíe los cambios a:

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

CONDICION DE SU CONYUGE

Un cónyuge pierde su elegibilidad cuando:

Hay divorcio o se anula el matrimonio del **auspiciador calificado**. Elegibilidad para beneficios CHAMPVA finaliza la medianoche de la fecha efectiva de la orden de divorcio o anulación.

CHAMPVA Y MEDICARE

Su condición de Medicare influye en su elegibilidad para los beneficios de CHAMPVA. Medicare inscribe automáticamente a la vasta mayoría de **beneficiarios** elegibles, 90 días antes de cumplir sus 65 años. Cuando reciba la información inicial de Medicare, también recibirá su tarjeta de Medicare, la cual indica que Medicare Parte A y Medicare Parte B están cubiertas. Si desea continuar con su elegibilidad con CHAMPVA, DEBE de inscribirse o permanecer inscrito en Medicare Parte B. Cuando reciba su tarjeta de Medicare, por favor envíenos una copia, (como también el formulario CHAMPVA **OHI**, **VA Form 10-7959c** [vea página 44]) enseguida para tomar acción y continuar sus beneficios CHAMPVA sin interrumpirlos.

Como trabaja: Cuando su elegibilidad de Medicare y CHAMPVA, cuando manda sus reclamos, primero deben de enviarlos a Medicare y a otros planes suplementales de Medicare (se refieren a planes de Medigap) antes de enviar la cuenta a CHAMPVA. El reclamo puede ser enviado a CHAMPVA antes de que Medicare pague su porción de ese reclamo. Nosotros después nos encargamos de pagar nuestra porción de esa cuenta cuando recibamos la cuenta del proveedor, acompañada de la **explicación de beneficios (EOBs)** de Medicare o los planes suplementales de Medicare (si aplica).

A menudo nos preguntan acerca de elegibilidad continua para CHAMPVA cuando hay derechos para Medicare como también preguntas acerca de cobertura y pagos. Puede parecer muy complicado, y trataremos de reducir su confusión acerca de estos requisitos cuando se quiere continuar con elegibilidad CHAMPVA si también recibe Medicare pero nosotros le ayudaremos con sus preguntas y respuestas.

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Primero, repaso de Medicare Partes A, B, C y D:

- **Parte A:** Seguro para hospitales gratis. Usted es elegible para Parte A si tiene 65 años de edad o más o si tiene menos de 65 acompañado de ciertas incapacidades. Hay un copago.
- **Parte B:** Seguro para pacientes Ambulatorios. Existen copagos y primas que aplican. Desde enero 2007, Medicare Parte B y sus primas se basan en las ganancias anuales.
- **Parte C:** Conocido como Medicare Advantage Plan. Otorga beneficios bajo ambas Parte A y B y se administra como un HMO. Los copagos son diferentes como también sus deducibles, y tiene que consultar con un médico incluido en la red de proveedores. Hay también primas adicionales para el Plan Advantage (encima de la prima que paga para Parte B).
- **Parte D:** Cobertura para recetas. Este costo varía dependiendo de su plan. Hay un copago. Mucho de estos planes también cambian las primas mensuales y sus deducibles anuales pueden también aplicar.

PREGUNTAS COMUNES ACERCA DE ELEGIBILIDAD

¿Si tengo derecho a Medicare Parte A, necesitaré Medicare Parte B para ser elegible a CHAMPVA?

En muchos casos, la respuesta es sí, pero la respuesta a esta pregunta varía basado en las siguientes circunstancias como se notan abajo.

- Si usted tiene menos de 65 años y elegible a Medicare Parte A (incluye los programas si está en el fin de una enfermedad renal [ESRD] siempre debe de tener Medicare Parte B.
- Si tiene más de 65 años de edad y nunca ha sido elegible para Medicare Part A gratis, no necesitará Parte B.
- Si es elegible para CHAMPVA después de junio 5, 2001, no importa su edad, deberá de tener Medicare Parte B.
- Si tiene más de 65 años de edad y es elegible para CHAMPVA cuando ha cambiado la ley del 2001, la cual otorga beneficios CHAMPVA, secundario a Medicare, de pronto ha sido "añadido" al plan. Esto significa que si era elegible por CHAMPVA en junio 5, 2001, y solo tenía Medicare Parte A, la ley dice que puede continuar con CHAMPVA después de dicha fecha y no tiene obligación de comprar Parte B. Si ya ha comprado la Parte B no tiene derecho de discontinuar su matrícula a Parte B.

¿Si estoy matriculado en Medicare Parte B, tengo tiempo de cancelar mi cobertura para Parte B y también ser elegible para CHAMPVA?

Si tiene Medicare Parte B, no la cancele. Si cancela cobertura para Medicare Parte B, su elegibilidad para beneficios CHAMPVA terminarán en la misma fecha cuando su cobertura Parte B caduca.

¿Mi esposo hace poco se volvió totalmente y permanentemente incapacitado por una injuria conectada con su servicio. El tiene 80 años y yo tengo 70. Tengo Medicare Parte A, pero no Parte B. Tengo elegibilidad para CHAMPVA?

No por ahora. Si no está cubierto bajo el programa del Departamento de Defensa llamado TRICARE, y compra Medicare Parte B, puede ser elegible para CHAMPVA desde la fecha vigente cuando comenzó cobertura para Medicare Parte B.

¿Si estoy inscrito para el Plan Medicare Advantage (Parte C). Afectará mi elegibilidad para CHAMPVA?

El Plan Medicare Advantage es considerado el mismo como tener Medicare Partes A y B, y no habrá ningún impacto con su elegibilidad de CHAMPVA.

¿Cómo voy a saber si tengo el Plan Medicare Advantage (Parte C) o el plan suplemental Medicare (plan Medigap)?

Si no está seguro, y la información no está clara, póngase en contacto con Medicare y pregunte si tiene cobertura con ellos y el Plan es Medicare Advantage.

Soy un beneficiario de CHAMPVA y pronto voy a cumplir mis 65 años. ¿Que necesito hacer para que mis beneficios CHAMPVA continúen sin interrupciones?

En muchos casos, puede llenar su papeleo dentro del período de inscripción de 90 días a Medicare, antes de cumplir sus 65 años. *Cerciórese de inscribirse a Medicare Parte B.* Apenas reciba su tarjeta de Medicare, la cual muestra las fechas cuando comienzan Medicare Partes A y B, mándenos una copia de la tarjeta y también otra información acerca su seguro de salud (OHI) formulario de certificación (10-7959c). Este formulario puede pedirse en nuestra red Web a: <http://www.va.gov/hac/forms/champva/10-7959c.pdf>. Nosotros pondremos nuestros archivos al día apenas tengamos esta información y enseguida le mandaremos una tarjeta de identificación CHAMPVA nueva incluyendo fecha extendida de caducación.

¿Puedo usar un Centro Médico VA bajo el Tratamiento Iniciativo Dentro de la Facultad (CITI) si quiero recibir cuidados cuando ya sea elegible?

Los beneficiarios de CHAMPVA que tienen Medicare no pueden usar el Centro Médico VA bajo el programa CITI, porque Medicare no paga por servicios hechos en el Centro Médico VA. Si en este momento se ve con un Centro Médico VA, pero va a ser parte de Medicare tendrá que buscar otros proveedores.

¿Debo de inscribirme a Medicare Parte D, el plan de recetas, para ser elegible a CHAMPVA?

No, no necesita inscribirse en Part D para poder ser parte de CHAMPVA. En todo caso, hay algunos beneficios para programas de medicamentos CHAMPVA que no va a recibir si se inscribe en Parte D. No podrá usar el programa de Meds by Mail, por el cual puede obtener medicamentos de mantenimiento gratis (no habrán primas, deducibles ni copagos). Tampoco podrá usar la red de farmacias para el público.

Información adicional acerca la elegibilidad de Medicare y CHAMPVA

- Si tiene un requisito de tener ambas Partes A y B en orden de establecer elegibilidad para CHAMPVA y no compró antes Medicare Part B, necesitará ponerse en contacto con la oficina de Administración de Seguros Sociales para inscribirse a Parte B. Su elegibilidad CHAMPVA podrá establecerse en la fecha cuando se enlistó para Medicare Parte B.
- Medicare Parte D (Plan de Recetas) no impacta su elegibilidad de CHAMPVA. Sin embargo, si se inscribe en Medicare Parte D, no podrá participar en el programa de **Meds by Mail** (vea página 17).
- Si tiene 65 años de edad o más y vive fuera del país, debe de inscribirse en Medicare Parte B, aunque Medicare no otorga beneficios para cuidados médicos que han sido recibidos fuera del país. CHAMPVA será el **pagador primario** de sus beneficios, y recibirá el mismo nivel de cobertura que recibe cuando cumple sus 65 años.
- VA está considerado "un plan de recetas honorífico." Los beneficiarios de CHAMPVA que escogen no inscribirse en el plan de Medicare Parte D, antes de mayo 15, 2006, no tendrán que pagar multas por matricularse tarde si escogen un plan de recetas de Medicare durante este período de matrículas.

CHAMPVA Y TRICARE

TRICARE es un programa médico para miembros del servicio activo y para jubilados en servicios de uniforme y sus familias. Si es elegible para los beneficios de TRICARE, no será elegible para CHAMPVA, y debe de notificarnos enseguida de este cambio en sus informes.. Puede, por ejemplo, volverse elegible para TRICARE cuando ese **Veterano auspiciado califica** y es un reservista retirado o miembro de la Guardia Nacional y ha comenzado a recibir pagos de jubilación a la edad de los 60 años.

CALIFICACION DE MENOR

Un **menor** pierde su elegibilidad cuando:

- un **menor** (con excepción de un **menor incapacitado**) cumple 18, a no ser que este matriculado en una institución educacional como estudiante de tiempo completo.
- un **menor**, el cual, aun siendo un estudiante de tiempo completo, cumple 23 años o ha perdido su calificación como estudiante de tiempo completo.
- un **menor** se casa.
- un hijastro no vive con el patrocinador.

Impacto de un Divorcio o el Volver a Casarse en la calificación como Estudiante/menor

La elegibilidad de un **hijo** legítimo como también adoptado que proviene de un **patrocinador Veterano** no cambia si sus padres se divorcian o se vuelven a casar.

Sin embargo, un hijastro de un **patrocinador Veterano** perderá su elegibilidad CHAMPVA si sus padres se divorcian, y su calificación será determinada por **VARO**.

Requisitos para Estudiantes (Edad 18–23)

Para poder establecer calificación estudiantil, y retener la elegibilidad de CHAMPVA, un menor soltero de edad 18 a 23, debe de estar enlistado en una escuela por tiempo completo. Escuelas incluídas, pero no se limitan a escuelas secundarias, vocacionales o técnicas, alumno no graduado, graduado y niveles avanzados de estudios después de estar graduado. Se puede mantener elegibilidad hasta la fecha de grado o hasta que cumpla sus 23 años de edad, en orden de prioridad. Por favor lea la siguiente información y así evita que se interrumpan sus beneficios.

Primera certificación como estudiante de tiempo completo después de cumplir los 18 años de edad: El estudiante recibirá una carta, 90 días antes de que cumpla sus 18 años, la cual indicará los cambios inminentes según los cambios en su elegibilidad CHAMPVA. Esta carta también declarará todas las acciones necesarias para poder extender la elegibilidad CHAMPVA:

- Para evitar una interrupción a los beneficios CHAMPVA, durante las vacaciones de verano antes de entrar en un programa de graduados después de haber terminado la escuela secundaria (ej: una carta de aprobación). Cuando reciba esta carta de esa institución educacional, nosotros lo aseguraremos por ese periodo desde cuando terminó la escuela secundaria y cuando comience el programa de graduados siempre y cuando sea tiempo completo.
- Cuando comience el primer término, dentro de ese mes, el estudiante debe de someter un certificado escolar que verifique su matrícula. Si CHAMPVA no recibe esto, se terminarán los pagos hechos por CHAMPVA si el estudiante ya ha cumplido 18 años y sujeto a **reparaciones**. Esta carta de certificación debe de aparecer con membrete de la escuela y debe de incluir:
 - nombre completo del estudiante,
 - el número del Seguro Social (SSN),
 - el día exacto cuando el estudiante debe de graduarse,
 - número de horas en su semestre o certificación equivalente de que es estudiante de tiempo completo y
 - título y firma de oficial encargado en la escuela



Recertificación de concurrencia, como estudiante de tiempo completo:

El estudiante necesitará recertificar su concurrencia como estudiante de tiempo completo anualmente. Nosotros le recordaremos cada año antes de que caduque la fecha. También, chequearemos a menudo con la escuela para acerciar que el estudiante está matriculado como estudiante de tiempo completo. CHAMPVA aceptará copia de las calificaciones adjunto con la certificación que verifique que está matriculado en tiempo completo.

En vacaciones: Una vez que el estudiante está aceptado para elegibilidad de CHAMPVA estos beneficios no se interrumpirán durante sus vacaciones, siempre y cuando el estudiante está matriculado como estudiante de tiempo completo durante los meses, antes y después de vacaciones.



1

Al retirarse de la escuela: Si el estudiante se retira de la escuela, su elegibilidad terminará. Debe de notificarnos estos cambios inmediatamente.

Durante incapacidad por enfermedad: Si el estudiante incurre en una incapacidad por enfermedad o injuria mientras está matriculado como estudiante de tiempo completo, y esta enfermedad no deja que siga estudiando como estudiante de tiempo completo, y no le permite que pueda continuar sus estudios, elegibilidad continuará por un período de seis meses hasta que termine su incapacidad, y por dos años después que comenzó su enfermedad o hasta que cumpla sus 23 años — el que ocurra primero. Documentación Médica es un requisito para poder apoyar la enfermedad o injuria si es de naturaleza de incapacidad y si impide que el estudiante no pueda atender la

escuela. Dicha documentación también es un requisito para poder apoyar la fecha en la cual puede volver a renovar por incapacidad tiempo completo.

Cambios en la calificación como estudiante: Si el estudiante no nos notifica que ha terminado su calificación como estudiante de tiempo completo, aquellos reclamos que hemos pagado después de fecha en que terminó su elegibilidad se consideran como inválidos, y tendrá la responsabilidad de repagar al gobierno y/o a su proveedor de cuidados de salud por sus servicios

Requisitos para calificación como Menor Incapacitado

Un **menor** el cual, al llegar a los 18 años de edad, está permanentemente incapacitado y no puede auto cuidarse califica como **menor incapacitado**. Esta determinación se hace por la **Oficina de Asuntos Regionales para Veteranos (VARO)**.

Una vez que un menor se determine como **menor incapacitado**, beneficios CHAMPVA continuarán sin límites por edad a no ser que el **menor incapacitado** se case. Si cree usted que su **menor** puede calificar como **menor incapacitado**, llame a: **1-800-827-1000** para asistirle.



Impacto por Casamiento

Si un menor se casa, no importa si tiene menos de los 18 años, un estudiante de tiempo completo o **menor incapacitado**, ese menor perderá su elegibilidad para CHAMPVA comenzando la medianoche cuando se efectuó el matrimonio.

SERVICIO A NUESTROS CLIENTES

Siempre buscamos maneras de como mejorar nuestros servicios. Estamos enfocados en darle información de una manera fácil y puntual acerca de sus beneficios y también en prestarle, de una manera variada, recursos que va a necesitar para obtener esa información necesaria.

Si este manual no le responde sus preguntas o la información que necesita, los siguientes recursos pueden ayudarlo a encontrar sus respuestas.



2

Sistema interactivo para responder por voz

Llamada Telefónica gratis: **1-800-733-8387**

Horas disponibles: **24 Horas al Día,
7 Días a la Semana**

Puede obtener información y pedir formularios por medio de nuestro sistema interactivo para responder por voz, y no es necesario esperar para hablar con un representante para servirlo en persona.

Servicios disponibles bajo este sistema son:

- Para ordenar formularios y aplicaciones CHAMPVA. El guía lo incita a dejar un recado vía la máquina mensajera y también que nos divulgue su número de identificación CHAMPVA (Número de Social Security), su nombre completo y su dirección.
- Puede chequear su elegibilidad, estado de sus reclamos, deducible anual y tasa anual por razones catastróficas.
- Sus médicos pueden chequear su elegibilidad o cuando se realizaron los re-embolsos a dichas facultades.

Hable con nuestro representante para servirle mejor:

- Teléfono Gratis: **1-800-733-8387**

**De Lunes a Viernes
(no incluye días feriados)**

- Horas de operación: 8:05 a.m. a las 7:30 p.m. Hora Este
- Recientemente hemos implementado un sistema Toma Virtual para ayudarnos a contestar sus llamadas cuando la espera excede más de tres minutos.

Web: www.mychampva.com

En este sitio Red puede recuperar información necesaria acerca del estado de sus reclamos, cuanto tiempo tomará su elegibilidad y otra información acerca de seguros de salud suplementarios (**OHI**) o cualquier otros datos que **HAC** tiene en sus archivos.

Para registrarse en nuestro servicio automatizado Web, navegue a **www.mychampva.com**. Después de haber completado la pantalla de registro vía

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

electrónica **HAC** por favor imprima el Formato **VA Form 10-5345**, Requisito de Autorización Para Exonerar Archivos Médicos o Información de Salud Médica, el cual está disponible en nuestra Página Web. Haga copia de este formato imprimiendo el link llamado Written Request Form en la parte de abajo de la página, y siga las instrucciones para poder completar este formato. Ya completada en su total, mándela por correo a:

Centro de Administración de Salud VA
HAC On-Line
PO Box 469028
Denver CO 80246-9028

Nosotros recibiremos notificación por correo electrónico cuando se registre por medio de nuestro servicio automatizado Web. En poco tiempo, después que haga su registro, recibirá por correo electrónico su identificación para poder inscribirse. Después que nosotros recibamos su *Requisito de Autorización Para Exonerar Archivos Médicos o Información de Salud Médica* por correo, usted va a recibir un segundo correo electrónico que le notificará que su cuenta ha sido activada. No podrá tener acceso al sitio web por un lapso de 48 horas después que haya sido activado. Para su protección, guarde su clave de identificación en un lugar seguro.

www.va.gov/hac

La siguiente información está disponible en el sitio Web 24 horas al día, 7 días de la semana:

- El Manual CHAMPVA y Manual de Plan de Acción
- Preguntas que se hacen frecuentemente
- Hojas informativas sobre todos los aspectos del programa CHAMPVA

Línea telefónica para platicar

Todas sus preguntas CHAMPVA pueden contestarse al vivo por un representante, por medio de nuestra **Línea telefónica para platicar y** servir a nuestros clientes, 10:00 a.m. a 6:00 p.m., Hora Este, Lunes a Viernes (se excluyen los días feriados). Para ponerse en contacto con nuestra **Línea para Platicar**, vaya a www.va.gov/hac/contact/contact.asp y seleccione "Plática al Vivo!"

Correo Electrónico

Navegue a este link Web y siga las instrucciones para someter un correo electrónico vía IRIS: www.va.gov/hac/contact

Normalmente, recibirá respuesta a sus preguntas dentro de el lapso de un día de trabajo. Para poder proteger su privacidad, recomendamos que no incluya información sensitiva o personal en su mensaje. Nosotros le pedimos que incluya su nombre completo en el contenido del mensaje. No podemos devolver información que contenga identificación personal o información médica en este correo electrónico. Si requiere este tipo de información, lo llamaremos o le mandaremos información por correo regular.

SECCION 2: CUANDO NECESITA AYUDA O INFORMACION

Nota: Para ver formatos ya imprimidos, debe de tener Lector Adobe Acrobat versión 6.0. Usted puede transvasarlo gratis porque esta incluido en su sitio Web si actualmente no lo tiene en su computador.

Correo

Cuando nos escriba, incluya su nombre y número de teléfono.

**Centro de Administración de Salud VA
CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063**

2

DONDE PUEDO CONSEGUIR FORMULARIOS Y PUBLICACIONES

Formularios y publicaciones están a su disposición bajo las opciones de servicios para nuestros clients en páginas 11–12. Cuando use algunas de estas opciones, asegúrese de darnos su nombre y dirección.

DONDE ENVIO MIS FORMULARIOS QUE HE COMPLETADO

CHAMPVA Aplicaciones/
Certificados escolares

**Centro Administración de Salud VA
CHAMPVA Eligibility
PO Box 469028
Denver CO 80246-9028**

Otro Seguro de Salud
(**OHI**) Formularios de Certificación

**Centro Administración de Salud VA
CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063**


Nota: También puede darnos información **OHI** llamando a un representante para servicios al cliente a 1-800-733-8387.

Reclamos completados para
Servicios Médicos y
Provisiones

**Centro Administración de Salud VA
CHAMPVA
PO Box 469064
Denver CO 80246-9064**

SECCION 3: COMO OBTENER ATENCION MEDICA

Cada miembro de familia elegible para CHAMPVA recibirá una tarjeta de identificación. Hemos modificado nuestra práctica de mostrar su número de Social Security (SSN) como número de membresía en la tarjeta de identificación debido al riesgo de que alguien le robe su identidad. En el mostrario que aparece a continuación se encuentra un ejemplo que demuestra la frase “SSN del Paciente” en lugar de indicar el número real del miembro.

 Department of Veterans Affairs Health Administration Center CHAMPVA		Open Access No Referral Required	
Beneficiary Name			
Include this Member Number on all claims and letters			
“Patient SSN”			
This is your CHAMPVA Identification Card			
Effective Date	Expiration Date	1-800-733-8387 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.

For Electronic Claims Filing please follow the instructions at: www.va.gov/hac/forproviders under “How to File a Claim.”

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, siempre lleve consigo su Tarjeta de Identificación CHAMPVA. Debido a su responsabilidad de pago (copago) por sus cuidados sera un porcentaje de la **cantidad asignable de CHAMPVA** en vez de una cantidad específica, y no una cantidad específica predeterminada en dólares. Comuníquese con el consultorio de su médico sobre cómo y cuando tiene que pagar la parte que le corresponde de su factura. Si está recibiendo cuidados como paciente ambulatorio (incluyendo recetas) y ha pagado su deducible o ha llegado al tope catastrófico por ese año fiscal, traiga consigo su más reciente **Explicación de Beneficios (EOB)** CHAMPVA dónde se indica que ha cumplido con uno o ambos de los requisitos por ese año fiscal.

CHAMPVA cubre la mayor parte de los cuidados de salud **médicamente necesarios**, incluyendo ambulancia, cirugía ambulatoria, **equipo médico durable (DME)**, planificación familiar y maternidad, hospicio, servicios de hospitalización, servicios de salud mental, servicios ambulatorios, cuidados especializados enfermería y transplantes.

Pagaremos por servicios cubiertos y materiales, cuando están determinados como **médicamente necesarios** y son aceptados por un proveedor autorizado. Cuando los proveedores otorgan servicios dentro del alcance permitidos por sus licencias o certificación, consideramos que son proveedores autorizados Las categorías mas comunes son las de: anestesista, enfermera o partera certificada (NP or CNP), enfermero/a anestecista certificado/a y registrado/a, psicólogo clínico (Ph.D.), doctor osteópata (DO), terapeuta del habla certificado (LCSP), auxiliar de enfermería licenciada (LPN), enfermera para cuidados vocacionales que ésta licenciada (LVN), consejero o médico para matrimonios o para familias, doctor de medicina (MD), terapeuta ocupacional (OT), consejero religioso, terapeuta físico (PT), psicólogo, podiátra (DPM), psiquiatría y enfermera registrada (RN).



Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Tiene muchas opciones para escoger cuando piensa seleccionar a su proveedor. Servicios médicos también están disponibles en su Centro Médico VA bajo el programa CITI el cual describimos en el próximo párrafo. También puede obtener servicios médicos por intermedio de proveedores que no están relacionados con el VA.

PROVEEDORES MEDICOS ROPVA

Dependiendo si su Centro Médico VA (VAMC) local participa en el Programa de Tratamiento Interno de CHAMPVA (CITI – pronunciado “citi”) y el tipo de servicios disponible que VAMC tiene a su disposición, es posible que pueda recibir todo o una porción de su atención médica bajo el programa CITI. Esos cuidados pueden incluir servicios como paciente interno, ambulatorio, farmacia, **DME** y servicios de salud mental. Las atenciones que recibirá bajo este programa ¡ no le va a costar nada ¡ No habrá costo compartido ni deducibles por el cuidado que recibirá a través de CITI. Más de la mitad de las facultades médicas participan en este programa CITI así que tendrá amplias oportunidades de que un VAMC cerca de su domicilio el cual participa en este programa.

Para averiguar si su VAMC local participa en este programa

- Visite nuestro sitio Web: www.va.gov/hac
- Seleccione “Para **Beneficiarios**” desde la pestaña lateral, luego seleccione “CHAMPVA.”
- Desplácese hasta el vínculo “CITI”. En dicha página encontrará una lista de facultades participantes y sus números de teléfonos.
- O puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o escribirnos (ver páginas 11 y 12 para obtener mas información de contactos).

Cuando se comunique con su VAMC, ellos podrán informarle cuales son los servicios que están disponibles. Si los servicios que requiere están disponibles, y usted escoge recibir atención a través del programa CITI, el VAMC le solicitará que haga su proceso a través de la sección de administración para pacientes, donde revisarán su elegibilidad CHAMPVA y la información **OHI**. Si tiene Medicare o el plan **HMO** u otro plan referido como **organización de proveedores referidos (PPO)** como su **OHI**, no podrá participar en el programa CITI. Algunos VAMCs aceptan pacientes bajo el programa CITI si tienen otros tipos de seguros, sin embargo, el VAMC decidirá si lo aceptan o no en el programa CITI. Asimismo, corresponde a VAMC el decidir si pueden proporcionarle la atención necesaria, y esta decisión puede cambiar periódicamente de acuerdo al volumen de pacientes que atiendan.



Si es usted un Veterano y un **beneficiario** CHAMPVA, es posible que tenga derecho a recibir atención a través de su sistema de cuidados médicos VA basado en su condición de Veterano y no como **beneficiario** CHAMPVA. Necesitará discutir este tema con su facultad médica VA cuando se ponga en contacto con ellos para averiguar como participar en el programa CITI.

PROVEEDORES MEDICOS QUE NO PERTENECEN AL VA

CHAMPVA no cuenta con una red de proveedores médicos. Sin embargo, la mayoría de proveedores TRICARE también aceptan pacientes CHAMPVA. Visite el sitio Web de TRICARE a www.tricare.osd.mil/standardprovider, para encontrar un proveedor en su área, y póngase en contacto con ellos para preguntarles si también aceptan pacientes CHAMPVA.

La mayoría de proveedores de Medicare también aceptan pacientes CHAMPVA. Los proveedores de Medicare pueden encontrarse a través del sitio Web www.medicare.gov. Use las “Search Tools” (“herramientas de búsqueda”) en la parte inferior de la página para ubicar un proveedor de Medicare.

Si tiene problemas para ubicar un proveedor, comuníquese con nosotros, o envíenos un correo electrónico o escríbanos, (Vea páginas 11 y 12) y lo ayudaremos a encontrar uno.

Proveedores que aceptan “asignación” para pacientes CHAMPVA

Cuando localice un proveedor médico, entérese si aceptan el plan CHAMPVA. Frecuentemente dichos proveedores se refieren a eso como aceptar esa **asignación**. Lo que esto implica es que el proveedor facturará directamente por los servicios cubiertos, artículos y provisiones. Médicos y proveedores que están de acuerdo y aceptan estas asignaciones y están de acuerdo y aceptan la cantidad asignable y ellos no pueden cobrarle a usted montos adicionales fuera de su copago.

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

Proveedores que no aceptan “asignación” para pacientes de CHAMPVA

Si su proveedor médico no acepta su **asignación**, todavía puede consultar con ese médico, pero tenga cuidado que de pronto tendrá que pagar el total del cargo al momento que lo vea ese proveedor. Además, puede ser que se le cobre más que la **cantidad asignable** de CHAMPVA. Para obtener reembolso, tendrá que presentar la factura detallada de ese médico acompañada por un formulario de reclamo CHAMPVA. Cuando se procese su reclamo, le enviaremos la parte que corresponde llamada **cantidad asignable**.

Lo que significa todo esto es que cuando el proveedor médico no acepta la asignación, no solo deberá pagar la parte que le corresponde de la **cantidad asignable**, sino que también cualquier cargo que supera la **cantidad asignable**.

Cuando CHAMPVA es el Seguro Secundario

Para obtener reembolso en casos cuando CHAMPVA es su seguro secundario, puede preguntar a su proveedor que someta el reclamo y la **Explicación de Beneficios (EOB)** que se refiere a la aseguradora primaria por vía electrónica con CHAMPVA como su Asegurador Secundario. Si el proveedor no puede o no quiere hacerlo, necesitará someter su cuenta apuntando cada artículo, acompañada con el formato de reclamos CHAMPVA y el EOB que pertenece al asegurador primario al Centro de Administración de Salud.

PROVEEDORES DE FARMACIA

Medicinas por Correo (MbM)

Este es el medio mas económico de recibir medicamentos de mantenimiento que no son de urgencia, si **no tiene** otro plan de seguro de salud con cobertura de farmacia (que incluya Medicare Parte D). No habrán copagos, **requisitos para deducibles y ¡tampoco hay que presentar reclamos!** Sus medicinas de mantenimiento serán enviadas por correo a su casa. Este programa es un gran beneficio, y nosotros le recomendamos que lo use.



Existen dos centros de servicios de farmacias y se le ha asignado un centro de servicio basado en el estado en dónde tiene su domicilio. Su centro de servicio lo ayudará en averiguar el estado de su receta, preguntas acerca de la disponibilidad de su medicamento y actualizará el perfil de los pacientes.

Si vive en los siguientes estados, distritos o territorios:	Su centro de Servicio de Farmacia por correo es:
Alabama, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Guam, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Mississippi, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, Virgin Islands, West Virginia	Centro de Servicio para Medicinas por Correo Dublin, GA Lunes a Viernes 8:00 de la mañana a las 5:30 de la tarde (Hora del Este) 1-866-229-7389 E-mail: medsbymaileast@va.gov
Alaska, American Samoa, 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	Medicinas por Correo Centro de Servicio Cheyenne, WY Lunes a Viernes 8:00 de la mañana a las 5:30 de la tarde (Hora de Montaña) 1-888-385-0235 E-mail: meds.mail@va.gov

Hechos importantes para tener en cuenta cuando se usa MbM

- Para empezar a usar **MbM**, llene el formulario de **MbM** para ordenar sus recetas **VA Form 10-0426**, disponible cuando visite el Sitio Web, a www.va.gov/hac/forms/forms.asp o llamando **1-800-733-8387** y seleccionando la opción de auto servicio para solicitar que le envíen los formularios por correo.

- Notifíquelo a su médico que está usando un servicio de pedido de recetas por correo. Solicítele al médico que le escriba la receta por 90 días y con un máximo de 3 veces para llenar. 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 le haga dos recetas – un suministro de un mes la que puede llenar enseguida en su farmacia local y un suministro por un período alargado que puede recibirlo a través del servicio **MbM**.
- Se deben enviar recetas originales al centro de servicio (copias o recetas mandadas por fax no se podrán llenar).
- Medicamentos de mantenimiento (aquellos que se toman con más frecuencia tales como aquellos para la presión arterial, corazón, artritis o dolor crónico) están disponibles a través de **MbM**.
- Algunas recetas controladas también están disponibles a través de este programa. Por ejemplo, Tylenol No. 3, Valium, Klonopin y Vicodin están disponibles. Estos medicamentos aparecen en los cronogramas 3,4 y 5 y se refieren a drogas controladas (su médico puede decirle si la medicina que le han recetado es una de estos cronogramas). Medicinas tales como Percocet, Percodan, Ritalin y Oxycontin **NO** están disponibles a través de **MbM** y deben de llenarse en su farmacia local.
- La mayoría de estas recetas se dispensan con su equivalente genérico.
- Cuando una receta no tiene su equivalente genérico y el medicamento de marca recetado no se encuentra en el **formulario VA**, el farmacéuta se pondrá en contacto con su médico para poder obtener autorización y poder substituir la marca del medicamento por la receta que su médico al principio había sugerido.
- **Los medicamentos de venta libre** no están cubiertos por CHAMPVA y no se pueden pedir a través de **MbM**. La **UNICA** excepción es para el suministro de insulina y productos relacionados con insulina.
- Puede usar su farmacia local para servicios de medicinas de urgencia o aquellas que no se pueden conseguir por medio del programa **MbM**.
- Si su otra cobertura de salud es Medicare, y tiene Medicare Partes A y B pero no se inscribió en Medicare Parte D, puede utilizar **MbM**.
- Si en el futuro recibe otra cobertura de salud que incluye beneficios de farmacia (incluyendo Medicare Parte D, Plan de Recetas), ya no será elegible para usar **MbM**.

Si necesita ayuda con esta información general acerca elegibilidad para recibir **MbM** o si quiere obtener una aplicación, comuníquese con nosotros al:

Teléfono: **1-800-733-8387**

Correo Electrónico: Navegue a el sitio Web URL y siga las direcciones para presentar e-mail seguro a: **<http://www.va.gov/hac/contact>**

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

SXC FARMACIA EN LA RED PARA VENTA DIRECTA

Si no tiene otro plan para seguros de salud que incluya cobertura para farmacias, puede contar con nuestra red de farmacias. Nuestra red consiste con más de 55,000 farmacias. Su ventaja es que necesita solamente pagar por la parte que le corresponde del costo de su medicina (después de haber cumplido con su deducible como paciente ambulatorio) y no hay que presentar reclamos. Usualmente, el uso de farmacia de red resultará en un costo reducido. Para obtener una tarjeta de identificación e informacion acerca de farmacias locales de su área que participan en esta red SXC, llame al número que aparece a continuación o visite nuestro sitio Web y siga las instrucciones que siguen:

Teléfono: **1-888-546-5502**
Bin#: 610593
Group#: HAC
PCN#: VA

Sitio Web:: **www.va.gov/hac**

- Seleccione el vínculo *“For Beneficiaries”*
- Seleccione el vínculo *“Pharmacy Benefits”* bajo el programa de CHAMPVA.
- Aparecerá un párrafo llamado *“Pharmacies That Accept CHAMPVA.”* Navegue hasta el final del párrafo y seleccione **vahac.rxportal.sxc.com** URL.
- La página SXC Health Solutions aparecerá.
- Seleccione el vínculo *“Preferred Pharmacy Finder”* a la mano izquierda de la página.
- Una página aparecerá con varios recuadros dónde se solicita información necesaria para poder localizar una farmacia cerca a su domicilio.
- Siga las instrucciones que aparecen en la página para poder obtener una lista de farmacias en o cerca a su código POSTAL.

Farmacias de Venta Directa que no Pertenecen a la Red

Puede escoger cualquier farmacia. La tarjeta de Identificación de CHAMPVA es su prueba y cobertura a farmacias que no pertenecen a dicha red. Una farmacia que no es parte de la red le preguntará y le pedirá que pague el monto total de su receta. En este caso necesitará hacer un pedido para devolver su pago y puede hacer esto cuando presente un formulario de reclamos CHAMPVA (**VA Form 10-7959a**) adjuntando el estado de cuenta que ha recibido de la farmacia. Si tiene otro seguro de salud, necesitará también someter el **EOB** que muestre lo que la otra compañía de seguros ha pagado por este reclamo o mostrando cuanto fué su copago por esa receta. Su farmacéutico le puede otorgar una copia del documento donde muestra toda la información que necesita CHAMPVA para entonces poder re-emborsarle su dinero. La información que se requiere es los 11 dígitos **Código Nacional de Drogas (NDC)**, fecha cuando fué dispensada la droga, nombre y cantidad de medicación, el valor de la droga y el monto de su copago. No podremos procesar el reclamo sin esta información.

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

CHAMPVA cubrirá solamente aquello que es **necesario, apropiado e indicado por el médico**. Lo importante es que su médico le diga que necesita ciertos cuidados no quiere decir que esos cuidados están cubiertos bajo CHAMPVA. Habrán límites para ciertos cuidados y en algunos casos no se podrán cubrir del todo.

Cualquier tipo de cuidados que duren mucho tiempo (por un período de semanas, meses, etc.), incluyendo terapia física, medicinas, servicios de salud mental y servicios de enfermería especializada pueden revisarse periódicamente, como también su documentación será revisada durante el curso de tratamiento. Le avisaremos cuando se necesite documentación o un plan de tratamiento adicional de su proveedor médico.

Los mismos beneficios y limitaciones se aplicarán si reside en los EE.UU. o en otro país. Por ejemplo, si reside o viaja con frecuencia al exterior, solo cubriremos medicamentos que están aprobados por el **FDA** y usados en los EE.UU.

AUTORIZACION PARA CUIDADOS

No es necesario que esté previamente aprobado para brindarles servicios de cuidados a no ser que se relacione con uno de los siguientes servicios médicos numerados a continuación.

Aunque no se requiere autorización para la mayoría de servicios médicos, su médico puede acostumbrarse en obtener autorización para sus cuidados. En este caso, solicite al médico que se comunique con nosotros acerca del servicio que requiere, y nosotros le informaremos acerca de que es lo que se necesita para determinar cobertura de dichos servicios. Es posible también que le muestre a su esta Sección del manual, puesto que se describe el criterio para la cobertura de muchos servicios.

Servicios que requieren autorización:

- **EQUIPO MEDICO DURABLE** con un precio de compra o el precio total de \$2,000 o más (vea página 27)
- Cuidados de Hospicio
- Cuidados de Salud Mental (se requiere aprobación por nuestro contratista de salud mental)
 - Cuidados de Salud Mental para pacientes hospitalizados
 - Cuidados en instalaciones residenciales de tratamientos
 - Abuso por sustancias/alcohol
 - Atención en Hospitales que tienen Programas Parciales (PHP)
 - Solicitudes para poder extender límites anuales para cuidados de salud mental a pacientes hospitalizados (vea página 30)
 - Visitas para pacientes ambulatorios que reciben cuidados de salud mental y exeden las 23 que se asignan anualmente
- Cuidados dentales (La cobertura es muy limitada y en la mayoría de casos CHAMPVA NO cubre los cuidados dentales)
- Transplantes de Organos

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Excepciones del requisito de autorización:

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

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

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

Teléfono: **1-800-424-4018 (doméstico)
1-720-529-7400 (internacional)**

Para obtener autorización para otros servicios:

Correo: **VA Health Administration Center
CHAMPVA
ATTN: Preauthorization
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063**

Teléfono: **1-800-733-8387**

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

BENEFICIOS CUBIERTOS (NO SE INCLUYEN TODOS)

Para poder ayudarlo a mejorar su salud e identificar sus problemas de salud a tiempo, a continuación presentamos una lista de los servicios preventivos que tenemos a su alcance. En todos casos, su médico determinará cuando es **médicamente necesario** y adecuado para recibir servicios médicos.

SERVICIOS DE PREVENCION

Exámenes para medir la densidad ósea	Estas medidas nos ayudan a determinar si tiene riesgos de sufrir fracturas de huesos y osteoporosis.
Pruebas para detectar Cáncer	Incluye exámenes colorectal, cavidad oral, próstata, piel, testículos, mamas y tiroide.
Exámenes para detección de problemas Cardiovasculares	Pregúntele a su médico si le puede ordenar un examen de colesterol, niveles de lípidos y triglicéridos para que el/ella pueda ayudarlo a prevenir un ataque cardíaco o un aneurismo.
Pruebas para el Colesterol	De acuerdo a la recomendación de su médico, basado en su edad, salud y factores de riesgo.
Colonoscopia	Según recomendaciones, se administra una vez cada 10 años después de los 50 y si su médico lo recomienda si hay riesgos de padecer de cáncer del colon.
Pruebas de diabetes	Cubrimos todas las pruebas cuando tiene factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none">• Presión alta, dislipidemia (historia de niveles de colesterol y triglicéridos anormales), obesidad o historia de niveles elevados de glucosa. O si tiene dos o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• 65 años de edad o más; pasado de peso, historia familiar de diabetes (padres, hermanos, hermanas); y una historia de diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) o ha dado a luz a un bebé que pesó más de nueve libras. De acuerdo a estos resultados, puede ser elegible para que se haga dos exámenes de diabetes por año. Hable con su médico para obtener más información.
Exámenes genéticos	Cuando hay historia familiar de cáncer de mama o anemia depreanocítica.
Exámenes de VIH	Cuando hay evidencia de manifestación del virus VIH o presenta síntomas de posible infección, o si hay embarazo.

Inmunizaciones & 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 (CDC) y otros factores específicos. Asimismo cubrimos las vacunas contra la rabia posterior a la exposición, e inmunoglobulina Rh, después del nacimiento de un bebé con Rh positivo nacido de madre con Rh negativo.

Mamogramas

Estos exámenes detectan el cáncer de mama antes de que usted o su doctor puedan saber si existe un problema.

Entre edades 35 a 40:

- Una mamografía inicial o
- Anualmente si su médico ha determinado que es una paciente de alto riesgo.

Más de 40:

- Anualmente

Examen de papanicolau y examen pélvico

Estos exámenes detectan el cáncer cervical y vaginal. Examen de papanicolau para pacientes de 18 años o más o aquellos pacientes que tienen menos de 18 años cuando son recomendados por su médico clínico.

Exámenes físicos de las escuelas

Exámenes físicos que requieren las escuelas para beneficiarios hasta la edad de los 17 años están cubiertos en o después de Octubre 1, 2001.

Cuidados para niños sanos

Hasta la edad de seis años, se incluyen exámenes físicos, chequeo para evaluación del desarrollo y del comportamiento; exámenes sensoriales (visión/oído), exámenes genéticos, asesoría y guía de salud y pruebas de laboratorio.

El siguiente cuadro brinda una lista, de los servicios que están cubiertos, cuando es **una necesidad médica**, como servicios preventivos indicados en los párrafos anteriores. Esta lista NO es inclusiva. Para obtener más información, consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2, disponible en nuestro Sitio Web, a www.va.gov/hac. Si hay límites, refiérase a las condiciones de cobertura que aparecen a continuación y también revise los servicios no cubiertos que se identifican en páginas 37 a 39.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Servicios Cubiertos

ADD, o ADHD

Condiciones de Cobertura

El trastorno de déficit de atención (ADHD) con hiperactividad se considera una enfermedad mental. Refiérase a “cuidados de salud mental dedicados al paciente ambulatorio” para cobertura de estos beneficios.

Abuso de Alcohol (tratamiento para) Se requiere autorización previa. Refiérase a “Abuso

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos

Condiciones de Cobertura

Abuso de Alcohol (tratamiento para) (continuación) de Substancias” para enterarse sobre cobertura específica de estos beneficios.

Exámenes y tratamiento de alergias Pruebas de alergias y su tratamiento están cubiertas y se basan en su necesidad médica. Todos los reclamos para exámenes de alergias indican la clase y el número de pruebas realizadas. Cubrimos RAST (exámen radioalergoabsorbencia), FAST (prueba fluoro-alergoabsorbencia) y IPA (prueba radioinmunoabsorción en papel) para alergias a inhalantes o alimentos y PRIST (prueba radioinmunoabsorción en papel) y pruebas de resistencia bronquial.

Servicios de Ambulancia

Cuando se requiere equipo de sostenimiento vital por una condición que esta cubierta o hay otros medios de transporte que estan contraindicados. Servicio de ambulancia , fuera de vehículos terrestres (tales como botes o aviones) pueden considerarse solamente cuando el punto de recojo sea inaccesible para un vehículo terrestre o cuando se trate de distancias considerables o existan obstáculos que impidan el transporte. Justificación para usar los servicios fuera de vehículos terrestres será necesario antes de que un pago se haga.

Cirugías Ambulatorias

Ejecutadas en un centro ambulatorio, sin cita o hechas en el mismo día en una instalación que cuente con el personal y equipo adecuado. La cirugía es usualmente realizada bajo anestesia general y no requiere hospitalización nocturna. Nuestra cobertura por un procedimiento de cirugía ambulatoria depende del lugar donde se realice la cirugía. Dicha cirugía debe de ser verificada antes del procedimiento. La mayoría de procedimientos de cirugía ambulatoria ejecutados en un hospital están cubiertos cuando es **médicamente necesario**. Determinados procedimientos también están cubiertos cuando se realizan en un centro de cirugía ambulatorio aprobado por Medicare.

Anquiloglosia (frenillo que restringe la function total o completa de la lengua- cirugía para)

Cirugía para el frenillo de la lengua se cubre en casos en los que se documente anquiloglosia completa o total.

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Autólogo extracción de sangre (transfusión sanguínea)	Los procedimientos para la extracción sanguínea, transfusión están cubiertos cuando se trata de un procedimiento que está ya programado.
Elevadores para pacientes	Reclamos deben de estar acompañados por un Certificado de Necesidad Médica (CMN) o orden médica o su diagnóstico. Este documento debe de mostrar antecedentes de un impedimento que no permite abandonar la cama; y que no hay una persona que cuide al paciente cuando necesite ayuda en levantarse o acostarse. Deberá también proporcionarnos las especificaciones para el elevador. No se cubren modificaciones en el hogar del paciente.
Biofeedback	Algunas terapias (electrotermal, electro- miografía y electrodérmica) no están cubiertas cuando existe documentación indicando que no hay resultados visibles o éxito a estas formas convencionales de terapia.
Control de natalidad	Planificación de familia está cubierto cuando es para dispositivos intrauterinos (IUDs), diafragmas, píldoras para control de la natalidad, Norplant a largo plazo, esterilización (vasectomía o ligadura de trompas).
Blefaroplastía	Cirugía para mejorar la función abnormal del párpado está cubierta cuando se ha documentado médicamente que existe una incapacidad grave para la visión. Esta documentación médica debe de incluir dos estudios del campo visual; uno con levantamiento de los párpados y otro sin el mismo, además de fotografías.
Estimulación eléctrica ósea para crecimiento óseo	El reclamo debe de estar acompañado por un CMN, o para estimulación ósea , la orden del médico con su diagnosis o documentación de antecedentes de fractura que no ha sanado por más de tres meses.
Reconstrucción de senos	Esta cubierta si es acompañada con una mastectomía que es médicamente necesaria .
Reducción de busto (reducción por mamoplastía)	Cubierto cuando hay señales de macromastía y dolor que no cede a ningún tratamiento. Síntomas deben de existir por lo menos un año. Reclamos deben de incluir documentación con historia médica de los síntomas como dolor de espalda, cuello y dolor de hombros, mala postura, parestesia cubital, hombros caídos y restricción en actividades físicas.



SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Programas de rehabilitación cardíaca	Limitados a 36 sesiones y debe de completarse en el transcurso de 12 meses posterior a un evento cardíaco que califique.
Corrección de paladar hendido	El reclamo debe de estar acompañado por una declaración médica que incluya la siguiente información: una breve reseña médica, condición, tiempo que ha cursado con estos síntomas, otras formas de atentados para tratamiento, un reporte operativo y fotografías, si están disponibles.
Tomografía computarizadas (CT)	Tomografía computarizada cuando es médicamente necesaria .
Servicios dentales (complementarios)	El cuidado dental se puede considerar como complementario solo cuando el tratamiento dental TIENE que completarse como parte de un tratamiento apropiado conjunto otra condición médica que ya está cubierta (no dental). Por ejemplo, un cirujano dental tiene que extraer un diente fracturado con objetivo de reparar una quijada lesionada. Este cuidado dental requiere previa autorización.
Procedimientos dermatológicos	Están cubiertos tratamientos para condiciones como acné y para cicatrices hipertróficas y queloides causadas por quemaduras, procedimientos quirúrgicos o eventos traumáticos.
Programa para auto-manejo de diabetes (paciente ambulatorio)	Recetado por un médico para instruir al paciente acerca del auto-manejo y automonitoreo de glucosa en la sangre, dieta y ejercicio (existen límites y debe de adjuntarse la documentación médica del proveedor con la cuenta).
Abuso de drogas (su tratamiento)	Preautorización previa se requiere. Vea “Abuso de sustancias” para informarse de cobertura para beneficios específicos.
Drogas y medicamentos	Drogas y medicamentos deben de estar aprobados por el Departamento para Administración de Drogas y Medicamentos para los Servicios de Salud Humanos (FDA) para tratamiento de dolencias para las cuales se están administrando; se han recetado y dispensado de acuerdo con las leyes estatales y sus requisitos para licencias.

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Equipo medico durable (DME)	<p>DME es un equipo que puede usarse con repetición y aguanta uso; esencialmente se usa para propósitos médicos; generalmente no es útil si una persona no se encuentra enferma o sufre de alguna lesión; y es apropiado para el uso en el hogar.</p> <p>DME incluye artículos como sillas de ruedas o una cama de hospital. El DME debe de ser indicado previamente por un médico y previamente autorizado por CHAMPVA si el costo total (por alquiler o compra) supera los \$2,000.</p> <p>Las solicitudes de autorización previas deben de incluir la orden CMN o el DME del médico. Esta información puede presentarse en forma de una carta o usando un formulario CMN de Medicare. En todos casos, la información debe de incluir: su nombre, dirección y número de identificación de su proveedor; información acerca del equipo que solicita (el número de modelo y fabricación, costo y especificaciones, si hay modificación o cambios); diagnóstico; necesidad médica; y el tiempo previsto de requerimiento que necesitará para el uso del equipo.</p> <p>Es posible que la cobertura autorize modificaciones, accesorios o suministros que son esenciales para brindar beneficios terapéuticos y para asegurar el funcionamiento adecuado del equipo; duplicación del DME, cuando es esencial para brindar apoyo libre de fallas cuando use equipo en el hogar; mantenimiento a través de un técnico autorizado por el fabricante; reparaciones y ajustes; reemplazo si es necesario si se daña por uso normal o cambios en su situación médica; alquiler temporal cuando el DME se encuentra en reparación; y/o un elevador de silla de ruedas (desmontable).</p>
Desorden en la alimentación	Cuando está previamente autorizado por el contratista de salud mental de CHAMPVA.
Anteojos, lentes de contacto (anote que es cobertura limitada)	Cuando es un requisito debido a cirugía intraocular, lesión o ausencia congénita del cristalino.

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Planificación de familia y maternidad	Cubrimos la mayoría de tratamientos relacionados con atención prenatal, parto y postnatal, incluyendo complicaciones asociadas con el embarazo por ejemplo: aborto involuntario, labor prematura y hemorragias. Los servicios a la madre y aquellos que se otorgan al bebé deben de facturarse por separado.
Prueba de fibronectina fetal (para determinar riesgos de aborto involuntario)	Estos servicios dotados a la madre y aquellos brindados al bebé deben de facturarse por separado.
Servicios de cuidados de los pies (cobertura muy limitada)	Cubiertos cuando se trata de un tratamiento médicamente necesario y específico para un diagnóstico como la diabetes.
Exámenes genéticos para el embarazo	Cubrimos para los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none">• mujeres 35 años o más• uno de los padres tuvo un niño con historia de anomalía congénita• uno de los padres tiene una historia (personal or familiar) de anomalías congénitas• la madre ha contraído la rubeóla durante el primer trimestre de embarazo• historia de fibrosis quística o trastornos genéticos recesivos.
Hiperplasia gingival	Causada por terapia prolongada de medicamentos para tratar condiciones como desorden de convulsiones y epilepsia
Cuidados de la salud en el hogar	Cuidados de salud en el hogar cuando un paciente está limitado a su casa. Incluye cuidados de enfermería especializada, cuidados de rehabilitación, como parte del tratamiento prescrito por el médico y se brinda de una manera intermitente por un cuidador registrado y licenciado.
Hospicio	CHAMPVA cubre atención de hospicio para pacientes con enfermedades terminales los cuales solamente les queda seis meses o menos de vida. Los beneficios CHAMPVA se parecen mucho a los beneficios de hospicio de Medicare. Este programa está diseñado para brindar cuidados médicos y comodidad a nuestros beneficiarios y recalca esos servicios como control del dolor, cuidado en el hogar y comodidad del paciente. Su proveedor de hospicio tendrá que proporcionar la siguiente información: número de identificación del hospicio, número de

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Hospicio (continuación)	identificación del proveedor de Medicare; dirección del hospicio; país donde esta ubicado el hospicio; dirección donde remitir correspondencia (donde el pago se debe de enviar); nombre del proveedor que atiende al paciente; nombre del proveedor de hospicio; diagnóstico; si la solicitud es para paciente interno; cuidados de hogar o cuidados de hospicio; certificado de enfermedad terminal otorgada por el médico; elección del hospicio por parte del paciente (firmado por el paciente o un representante del paciente basado en un poder legal por abogado); tasa (diaria) de desembolso firmada por el hospicio de Medicare; lista detallada de medicamentos o cualquier otro servicio que no está incluido en el costo por día del hospicio
Implantes (cirugía)	Deben de ser aprobados por el FDA . Existen límites, por lo tanto, verifique con nosotros antes de operarse. Por ejemplo, implantes de mama están cubiertos para cirugía reconstructiva después de una mastectomía, pero no para aumentar el busto.
Exámenes y tratamiento para la infertilidad	Estos servicios incluyen pruebas de diagnósticos, intervención médica, terapia hormonal y otros procedimientos para corregir la causa de la infertilidad.
Insulina y suministros para la diabetes	Están cubiertos aun cuando no se requiera una receta como requiere las leyes estatales. Las bombas de insulina están cubiertas cuando un reclamo está acompañado por un CMN o orden médica que incluyen una diagnosis de diabetes mellitus.
Diálisis del riñón (renal).	Limitada a los periodos de no elegibilidad de Medicare (la cobertura de Medicare para individuos con insuficiencia renal que es terminal [ESRD] empieza 90 días a partir del inicio del tratamiento, en cuyo momento nos convertimos en pagador secundario).
Cirugía láser	Cubierta cuando el procedimiento quirúrgico es médicamente necesario , considerada una práctica medicinal aceptable para ciertas condiciones, el láser esta aprobado por el FDA y simplemente se usa como una substitución por el bisturí.

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Pérdida de substancia mandibular	Se cubre si es debida a trauma o tratamiento para neoplasmas (tumors). Es necesario tener un documento que indica diagnosis, historia de trauma o haber operado un neoplasma y también la edad del paciente. Incluye una descripción detallada del plan de tratamiento protético, si aplica.
Angiografía por resonancia Magnética (MRA), imágenes por resonancia magnética (MRI) y espectroscopia por resonancia magnética (MRS).	Reclamos tanto para un MRI y tomografía computarizada (CT) de la misma área del cuerpo y para el mismo episodio de síntoma requiere documentación de necesidad y será revisado para corroborar que sea médicamente adecuada.
Brasieres y prótesis para mastectomía	Hasta siete brasieres cada 12 meses; remplazo de las prótesis de mama cada 24 meses.
Atención para pacientes hospitalizados por salud mental	<p>Cuidados intensivos que incluyen: habitación, alimentos y otros servicios de hospital. Es necesario tener autorización del contratista de salud mental.</p> <p>Beneficio: 30 días para beneficiarios que tienen 19 años de edad o más por año, o durante un episodio único de cuidado; 45 días para beneficiarios que tengan 18 años o menos; una sesión de psicoterapia diaria y que no exedan más de siete sesiones por semana (más de siete sesiones por semana requiere autorización de un contratista de salud mental). El contratista de salud mental de CHAMPVA puede considerar una exoneración del límite de 30/45 días.</p>
Atención ambulatoria para pacientes de salud mental	<p>Beneficio: 23 sesiones de psicoterapia ambulatoria anual cuando es medicamente necesario, que no superen dos sesiones de psicoterapia semanal en una combinación que sea individual, familia, colateral o terapia de grupo. Si se exede de 23 visitas al año o más de dos visitas semanales pueden aceptarse si están autorizadas por un contratista de salud mental de CHAMPVA. Sesiones de psicoterapia individuales (se limitan a 60 minutos, salvo en caso de intervención) y sesiones de psicoterapia individuales que no excedan de 50 minutos que ya han sido autorizadas por un contratista de CHAMPVA están cubiertas. Sesiones múltiples, autorizadas por un contratista de salud mental de CHAMPVA estarán cubiertas si son por asunto de crisis y de intervención.</p>

4

Servicios Cubiertos

Condiciones de Cobertura

Hipersensibilidad al mercurio

El remover la fuente de mercurio que tienen los amalgamas dentales está cubierto bajo las siguientes condiciones:

- Si hay una diagnosis independiente por un médico especialista de alergias basado por pruebas que generalmente han sido aceptadas 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

La corrección quirúrgica para la obesidad puede estar cubierta cuando se cumpla con una de las siguientes condiciones:

- El índice de masa muscular del paciente se pasa de 40, o
- La masa muscular BMI del paciente se pasa de 35 y se acompaña con un estado médico grave exacerbado o causado por la obesidad o,
- Segunda cirugía (abrir de nuevo) causada por complicación debida a una corrección quirúrgica previa.

Cirugías estan limitadas a derivación gástrica, engrapado gástrico (incluyendo gastroplastia vertical con banda), gastroyeyunostomía en Y de Roux, banda gástrica ajustable de silicona (LAP-BAND) y revisiones **médicamente necesarias**. Reclamos deben de acompañar el índice de masa muscular BMI, estatura actual, peso, antecedentes de otras condiciones médicas y tratamientos que se han intentado sin éxito.

Síndrome de disfunción por dolor miofacial

Se puede considerar tratamiento si es **médicamente necesario** solamente si implica el alivio inmediato del dolor. Tratamiento que se sobrepase cuatro visitas o episodios de cuidado repetido dentro de un periodo de seis meses (6) debe de estar bien documentado por el proveedor de servicios y contar con revisión médica de CHAMPVA.

Cuidados para el recién nacido

El cuidado para recién nacidos se paga como parte de la atención de maternidad a la madre durante los primeros tres días después del parto. Después de esos tres días. El cuidado del bebé está sujeto a un costo compartido separado.

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Terapia Ocupacional	Será pagada cuando entrenamiento y evaluación no estan relacionados solamente al empleo.
Aparatos ortopédicos y otros instrumentos	Para el cuello, brazo, espalda y piernas para asistir al paciente en su movimiento y para apoyar un miembro de su cuerpo.
Zapatos ortódcos para diabéticos	Un solo par de zapatos hechos a medidas (incluyendo añadidos) anualmente. Un par de zapatos con mayor profundidad (no incluye plantillas proporcionadas con estos zapatos) cada año.
Oxígeno y equipo relacionado (incluye concentradores de oxígeno)	Se necesita un CMN que incluya un índice de flujo de oxígeno con la frecuencia y duración de uso, plazo estimado de tiempo de uso y el método que se requiere para su suministro. Un CMN de Medicare se puede usar, o el médico puede darnos más información usando una hoja con su membrete. Si el certificado inicial de médicamente necesario muestra que su uso es por un tiempo indefinido o de por vida, no se requiere una nueva receta con cada factura, con tal que el diagnóstico respalde su necesidad de continuar de por vida.
Paniculectomía	Se debe de presentar documentación médica con el reclamo en la que se demuestre que las complicaciones presentadas son el resultado de un pannus dilatado tal como erupción e infección cutánea, tratamientos se intentaron sin éxito y/o dolor en la parte inferior de la espalda.
Implante de pene/prótesis testicular	Para impotencia orgánica o corrección de genitales ambiguos.
Terapia física	Servicios de terapia física deben de ser recetados por un médico. Terapia física administrada profesionalmente para ayudar al paciente con sus incapacidades y como volverse auto suficiente, mejorar su movilidad y productividad. Estos servicios están cubiertos cuando los ejercicios y otros métodos ayudan la fuerza muscular, movimiento de coyunturas, cordinación y resistencia.
Cirujía plástica	Este beneficio es muy limitado. Puede cubrirse con el fin de corregir un defecto congénito grave como labio leporino/paladar hendido,

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Cirujía plástica (continuación)	reconstrucción para mejorar una forma o función del cuerpo después de una lesión accidental o, mejorar la apariencia después de sufrir una desfiguración grave o cicatrices originadas por cirugía de cáncer, o cirugía constructiva de mama después de una mastectomía que sea cubierta por CHAMPVA.
Tomografía emisional de positrón (PET)	Beneficio cubierto cuando se usa para identificar convulsions parciales complejas, evaluación isquémica cardíaca o para identificar tumores primarios desconocidos. El PET detector está considerado experimental o en investigación para el diagnóstico de muchas enfermedades. Para obtener más información, consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2 Beneficios, Sección 26.9, disponible en nuestro sitio de Web (www.va/hac/for_beneficiaries/champva/policymanual)
Dispositivos próstéticos	Miembros artificiales, ojos, prótesis de voz e otros próstéticos, como también implantes quirúrgicos aprobados por el FDA .
Programa psiquiátrico de hospitalización parcial (PHP)	Beneficio: 60 días al año. Para calificar en el programa PHP, debe de durar mínimo tres horas al día y estar disponible cinco días a la semana (día, tarde o fines de semanas). La instalación debe de ser un proveedor aprobado por TRICARE o una instalación certificada por Medicare. Se requiere preautorización por un contratista de salud mental de CHAMPVA mental salvo que Medicare sea el pagador primario. En el caso de que Medicare haya autorizado estos cuidados, los servicios no requieren preautorización por un contratista.
Programas de rehabilitación pulmonary	Limitados a periodos antes y después de transplante de pulmón o de corazón y enfermedades cardiopulmonares.
Radioterapia	Braquiterapia, neutrons rápidos, hiperfracción y cinoviólisis de fosfato de cromo radioactivo están cubiertos.
Centro residencial para tratamientos (RTC)	Beneficios: 150 días por año. Autorización se

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos

Centro residencial para tratamientos (RTC) (continuación)

Tomografía por emisión de fotón único (SPECT)

Cuidados de enfermería especializada

Servicios en una facultad de enfermería especializada (SNF)

Condiciones de Cobertura

necesita por un contratista de salud mental de CHAMPVA por lo menos tres días antes de admitir al paciente. Cuidados deben de ser proporcionados en una facultad autorizada por TRICARE.

Adolescentes de 18 años o menores (menos de 21 años o estudiante de tiempo completo) pueden ser atendidos en una facultad RTC. Atención puede autorizarse cuando un psiquiatra recomienda la admisión por un desorden psiquiátrico o un psiquiatra o psicólogo dirige el plan de tratamiento. Nota: el plan de tratamiento deberá incluir una provisión para terapia familiar.

Terapia para familias distantes geográficamente (GDFT) también están autorizadas a través de nuestro contratista de salud mental. Beneficio está cubierto cuando se usa para identificar la perfusión miocárdica, para evaluación de trastornos convulsivos, monitoreo de cáncer en la próstata después de cirugía. El SPECT se considera experimental o de investigación para el diagnóstico de muchas enfermedades. Para obtener más información, consulte el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2 Beneficios, Sección 26.11, disponible en nuestro sitio Web www.va.gov/hac/forbeneficiaries/policymanual

Cuidados especializados pueden brindarse por una variedad de profesionales licenciados que incluyen enfermeros registrados (RN), enfermero/a médico/ vocacional licenciados (LPN/LVN), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratorio o trabajador social. Atención especializada puede brindarse en diferentes escenarios, como en el hogar del paciente o en una facultad de rehabilitación, todo dependiendo en el costo y frecuencia de servicios que son necesarios y la gravedad de la enfermedad.

Una SNF brinda servicios de enfermería especializada o de rehabilitación para aquellos pacientes que requieren cuidados 24 horas al día bajo supervisión de un médico o una enfermera registrada. Un servicio se considera especializado cuando **no puede** ser realizado por personal no médico.

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
<p>Servicios en una facultad de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p>	<p>Puede facilitarse en un hospital o en una instalación separada del hospital. Este servicio de enfermería no necesita preautorización, pero todos los reclamos para estos servicios están sujetos a documentación y revisión médica que justifique dicho nivel de atención diaria.</p>
<p>Terapia del habla</p>	<p>Si tiene impedimento físico como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lesión cerebral (E.j., lesión cerebral traumática, infarto cerebral/cerebrovascular, accidente, etc.) • anomalías congénitas (Ej., labio leporino y paladar hendido) • trastornos neuromusculares como parálisis cerebral • trastornos congénitos sensoriales <p>La Ley de Educación Para Personas Incapacitadas (IDEA) requiere a las escuelas tengan disponible terapia del habla para niños menores de 21 años. Si estos servicios no están disponibles en ese estado, se necesitará documentación por parte del estado.</p>
<p>Abuso de sustancias (y su tratamiento)</p>	<p>Se le otorgará a un beneficiario un límite de tres tratamientos para el desorden y abuso de sustancias de por vida. El período de beneficios se inicia con la primera fecha de tratamiento cubierta y finaliza 365 días después sin considerar el total de servicios usados dentro de ese período de terapia en ese año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación ambulatoria Sesenta sesiones de terapia se otorgarán para un paciente ambulatorio en rehabilitación, cuando es medicamente necesario, por periodo de beneficio (terapia individual para rehabilitación de desórdenes de uso de sustancias no esta cubierta). Quince sesiones de terapia familiar serán otorgadas por período de beneficio. Se necesitará autorización para sesiones adicionales para grupos o terapia familiar durante un año de beneficio. • Detoxificación Detoxificación se le ofrece al paciente hospitalizado, y autorización se requiere por un contratista de salud mental de CHAMPVA. Este servicio esta limitado a siete días por cada admisión, los cuales están dentro del límite de 30/45-días por cada interno de salud mental. La desintoxicación se aprobará si se brinda bajo supervisión médica.

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Abuso de sustancias (y su tratamiento) (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalización entera o parcial para pacientes internados Se requiere autorización. Limitada a una estadía como paciente interno por un período que no exceda 21 días. Se limita también a tres períodos de estadía para rehabilitación de por vida. La facultad debe de estar aprobada por un proveedor de TRICARE o una facultad certificada por Medicare
Esterilización quirúrgica	Ligadura de trompas y vasectomía están cubiertos.
Coyuntura temporomandibular (TMJ)	Radiografías, hasta cuatro visitas, terapia física para tratar a paciente con fase aguda o para tratamiento y construcción de la férula oclusiva está incluido.
TENS, neuroestimulador	Reclamo debe estar acompañado por una orden CMN o del médico que incluya el diagnóstico.
Transplantes	Debe de haber un resumen del equipo de médicos de transplante que indique la necesidad médica para el procedimiento. Los siguientes transplantes (como también el costo a sus donadores): <ul style="list-style-type: none">Transplante de médula ósea alogénicaTransplante de médula ósea autólogaTransplante de córneaTransplante de corazónTransplante de corazón y riñónTransplante de corazón y pulmónTransplante de riñónTransplante de hígadoTransplante de hígado y riñónTransplante de pulmónTransplante de multivisceralesTransplante de páncreasTransplante de riñón y páncreasTransplante simultáneo de pancreas-riñónTransplante de células madre periféricasTransplante de intestino delgadoTransplante de hígado-intestino delgadoTransplante de células madre sanguíneas del cordón umbilical
Ultrasonido	Diagnósticos por ultrasonido, orientación y evaluación

Servicios Cubiertos	Condiciones de Cobertura
Ultrasonido (continuación)	postoperatoria de procedimientos quirúrgicos pueden tener un costo compartido. El ultrasonido maternal se limita al diagnóstico y manejo cuando hay probabilidad razonable de complicaciones neonatales.
Silla de ruedas o monopatín (motorizado)	Reclamos deben de estar acompañados por un CMN o ordenes médicas que contengan también el diagnóstico. Evaluación para sentarse debe de ejecutarse con prueba de que el vehículo se va a usar dentro del hogar del paciente.
Peluca o postizos	Cuando es necesario usarse después de tratamientos para el cáncer (una por vida).
Cierre de heridas por vac	Reclamo debe de ser acompañado por un CMN o órdenes médicas. Necesitaremos las medidas de la herida (longitud/ancho, profundidad) y cuando se va a iniciar el tratamiento, fecha en que comienza y lapso de tiempo en el cual el vac se requiere.



SERVICIOS QUE NO ESTAN CUBIERTOS (NO SON INCLUSIVOS)

Este cuadro proporciona una lista alfabética de servicios que no están incluidos. Para obtener más información, consulte con el Manual de Pólizas de CHAMPVA, Capítulo 2, disponible en nuestro sitio Web www.champva.gov Reclamos que se presenten por estos servicios serán rechazados.

Consejeros para aborto

Abortos, salvo cuando un médico certifica que la vida de la madre está en peligro si el embarazo llega a su término

Acupuntura

Inseminación artificial

Tratamiento de biofeedback para tensión muscular común, condiciones psicosomáticas, hipertensión o dolores de cabeza

Servicios de quiropráctica

Síndrome de fatiga crónica

Medicamentos cosméticos (E.j., Retin A, Botox) o cirugía cosmética

Cuidados de Custodia (como bañar y alimentación) cuidados en lugares de reposo o de retiro, centros de rehabilitación y domicilio (casas o residencia permanente)

Cuidados dentales

Dentaduras y dentaduras parciales (colocar o modificar)

Exámenes diagnósticos para determinar el sexo o la paternidad de un menor

Programas de mantenimientos de drogas en los que la droga es adictiva o reemplazada por otra (como metadona o heroína)

SECCION 4: BENEFICIOS E INFORMACION

Servicios Que No Están Cubiertos (No Son Inclusivos)

Drogas que no están aprobadas por el **FDA**

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

Transferencia de embrión

Equipo de ejercicio

Programas de ejercicio (general)

Servicios y suplementos experimentales o en proceso de investigación

Exámenes de ojos (rutinarios)

Lentes, lentes de contacto o otro tipo de dispositivos ópticos, con excepción a Beneficios ya Cubiertos

Cuidados para los pies, rutinarios, como la eliminación de callos y callosidades

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

Membresía para un club de salud

Audífonos

Exámenes auditivos, a no ser que están conectados con una enfermedad/lesion ya aprobada

Tinas de baños calientes

Limpieza del hogar, ama de casa o servicios de atención

Hipnosis

Inmunizations para viajar

In vitro fertilización

Cirugía para los ojos laser

Transtornos de aprendizaje tales como la dyslexia, transtornos de números, transtornos en expresarse en la escritura y transtornos que no están especificados

Equipo de lujo o suntuoso

Contratos o acuerdos de mantenimiento

Consejeros matrimoniales

Modificaciones a su hogar o vehículo

Servicios naturopáticos

Aparatos ortodónticos (frenillos)

Dispositivos ortóticos como elevadores de talón, soportes de arcos, plantillas, etc. a menos que estén vinculados con la diabetes

(Receta no se requiere por ley)

Internado de la madre después del parto con el propósito de permanecer con el recién nacido el cual requiere tratamiento aunque la madre no lo necesite

Permanencia con hospitalización del recién nacido que tiene que quedarse con la madre

Servicios Que No Están Cubiertos (No Son Inclusivos)

(aunque el recién nacido no necesite tratamiento) pero la madre sí
Cuartos privados

Servicios por médicos a los cuales se les ha suspendido o sancionado sus licencias por una agencia federal. Para obtener una lista de estos médicos excluidos, use el vínculo de exclusiones de Medicare en el sitio Web del Centro de Administración de de Salud en www.va.gov/hac o acceda directamente a esta información desde la Web de la Oficina del Inspector General de Departamento de Salud y Servicios Humanos en <http://org.hhs.gov/fraud/exclusions.html>

Servicios suministrados a un miembro de la familia o persona viviendo en su hogar

Cambio de sexo, terapia o modificación de comportamiento sexual

El parar de fumar por medio de medicina o productos

Spas

Manejo del estrés

Eliminación de tatuajes

Servicios de transportación que no necesitan equipo para sostenimiento vital

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

Vitaminas, con exepción de formulas de ácido fólico, niacin y vitaminas D, K e inyecciones de B12

Medicamentos para contro del peso o programas para reducir el peso

Tinas de Burbujas

Compensación por lesiones a los trabajadores

SECCION 5: SUS COSTOS

Hay dos partes en sus costos: el deducible anual y un costo compartido (copago).



Si su médico **no acepta la asignatura**, usted será responsable de pagar por su deducible anual, su porción de costo compartido (ambos están detallados abajo) y otros montos adicionales cobrados por su proveedor en una cantidad que excede el total **monto asignado**.

Para cuidados que no están cubiertos por CHAMPVA, tendrá que pagar todo en su total.

Aceptando la **asignación**, su proveedor se pondrá de acuerdo en aceptar el **monto cotizado** como pago en su totalidad. Un proveedor no puede equilibrar su cuenta, es decir que ellos no pueden cobrarle por el saldo que debe y el monto **asignable** por CHAMPVA

DEDUCIBLE ANUAL

El deducible anual (por año calendario) deducible por ser paciente ambulatorio y el monto que debe de pagar antes de que paguemos por estos servicios médicos o provisiones. El deducible es de \$50 por cada **beneficiario** o un mínimo de \$100 por familia anual. El deducible anual debe de pagarse antes de pagar 75% de la **cantidad asignable**. Reclamos procesados por servicios autorizados, los cargos para servicios ya cubiertos, cargos que son acreditados automáticamente al individuo y su deducible acumulativo de familia por cada año de calendario. **NO MANDE** cheques a CHAMPVA para cumplir con sus requisitos de deducibles.

No hay deducible para servicios de pacientes hospitalizados, servicios en instalaciones de cirugía ambulatoria, programas diarios parciales de psiquiatría, servicios de hospicio o servicios brindados por instalaciones médicas del VA (CITI, **MbM**).

COSTO COMPARTIDO

Un costo compartido (copago) es una parte de la cantidad asignable por CHAMPVA que usted debe de pagar. Salvo algunas excepciones, usted pagará una parte del costo de su atención médica. Para servicios ambulatorios que están cubiertos, pagamos hasta 75% de la **cantidad asignable** de CHAMPVA después de cumplir con el deducible. Para costos de hospitalización y su parte, refiérase al cuadro que aparece en esta sección bajo el título Resumen de Costos, comenzando en la página 42.

No hay **costo compartido** para servicios de hospicio o por servicios recibidos a través de instalaciones médicas VA. Se incluyen servicios recibidos en el VA bajo el programa CITI o medicamentos obtenidos a través del programa **MbM**.

LIMITE CATASTROFICO

Para proveer protección financiera contra el impacto de una enfermedad larga o dolencia grave, hemos establecido un límite anual catastrófico de \$3,000 por año calendario. Esta cantidad es lo máximo de desembolso que puede incurrir usted y su familia para CHAMPVA en un año calendario. Créditos para el límite catastrófico que aplican comienzan el primero

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

de enero de cada año, y pagamos 100% de la **cantidad asignable de CHAMPVA**.

Cada vez que pagamos una factura, su deducible y costo correspondiente se calculan y se 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 paguen los servicios. Si encuentra un error, notifíquelo inmediatamente.

CANTIDAD ASIGNABLE DE CHAMPVA

La **cantidad asignable** es lo máximo que pagaremos por un servicio o suministro. Nosotros determinamos la **cantidad asignable** antes de calcular el costo compartido, el deducible y otro tipo de pago de su seguro de salud (**OHI**). La cantidad asignable de CHAMPVA es generalmente la misma que la de TRICARE's o **la cantidad asignable** de Medicare.

COBERTURA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si vive o viaja al exterior (excluyendo países como Iraq, Korea del Norte y Cuba), le brindamos los mismos beneficios como si usted estuviera en los EE.UU. Rembolsos por reclamos de cuidados de salud en países del exterior se basa en la cantidad facturada razonable y habitual. Su deducible y costo compartido será el mismo si está en los E.E.U.U. Los reclamos recibidos en Inglés (documentación referida a la facturación médica) se procesará más rápido porque no necesitamos arreglar para conseguir un traductor.

Si se recibe reclamos o documentación en otra lengua, se coordinará la traducción sin costo alguno para usted. Nuestros pagos se efectúan en dólares.



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

BENEFICIOS	DEDUCIBLE?	USTED PAGA
Cirugía Ambulatoria	NO	25% de CHAMPVA cantidad asignable
Equipo médico durable (DME)	SI	25% de CHAMPVA cantidad asignable
Cargos por uso de sala de emergencia	DEPENDEN—si el cuidado de emergencias 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 establece se le admite al hospital. Su pago estará entonces de acuerdo con los “servicios como paciente hospitalizado”. En caso que no se le admita, su pago estará de acuerdo con los “servicios como paciente ambulatorio”.
Servicios de salud para paciente hospitalizado: Gran volumen y en Centros de Tratamientos Residenciales	NO	25% de CHAMPVA cantidad asignable
Salud Mental como paciente hospitalizado: Volumen Bajo	NO	El menor de: 1) por día X cantidad de días de hospitalización; o 2) 25% de la cantidad facturada
Servicios como paciente hospitalizado: Grupos Basados (DRG)	NO	El menor de: 1) por-día cantidad de días como hospitalizado; 2) 25% de cantidad facturada; o 3) tasa DRG
Servicios de hospitalización: que no se basan en el DRG	NO	25% de CHAMPVA cantidad asignable
Servicios ambulatorios (E.j., visitas al médico, laboratorio/radiología, salud en el hogar, salud mental, servicios de enfermería especializados, ambulancia)	SI	25% de CHAMPVA cantidad asignable después de deducible
Servicios de farmacia (venta directa)	SI	25% de CHAMPVA cantidad asignable después de deducible
Servicios Profesionales	SI	25% de CHAMPVA cantidad asignable después de deducible

RESUMEN DE COSTOS—CUANDO CUIDADOS SON PAGADOS POR UN RECURSO VA: PROGRAMA CITI—VAMC O MEDICINAS POR CORREO

BENEFICIOS	DEDUCIBLE?	USTED PAGA
Cirugías ambulatorias	NO	\$0
Equipo Médico Durable (DME)	NO	\$0
Pacientes hospitalizados	NO	\$0
Servicios Ambulatorios (E.j., visitas médicas, laboratorio/radiología)	NO	\$0
Servicios de farmacia (Medicinas por Correo o CITI)	NO	\$0
Servicios Profesionales	NO	\$0

CUANDO CHAMPVA PAGA ERRONEAMENTE

A veces, en el proceso de millones de reclamos cada año, es posible que se haga un pago erróneo enviado a usted o a su proveedor, dependiendo de quien presentó el reclamo. Esto podría ocurrir cuando no sabemos si usted cuenta con otro seguro de salud el cual ha debido de pagar la cuenta que fué sometida a nuestras oficinas o, cuando un proveedor nos pasa la cuenta por segunda vez por el mismo servicio o nosotros de manera errónea pagamos por el servicio a usted o a un miembro de su familia durante un periodo cuando no era elegible. No importa a quien se culpa por el pago erróneo. Esto se llama **recuperación**, y se efectúa con el fin de asegurar que sus impuestos en dólares se gasten de manera adecuada, de acuerdo con la ley.

Si le pagan en exceso, recibirá una solicitud por escrito para reparar la remesa e incluirá explicación de acuerdo a la ley. Debe de responder a la solicitud en 30 días. Si no puede pagarlo todo en total, podrá hacerlo en un plazos mensuales. Se le solicitará información financiera si quiere una exoneración del sobrepago. Dependiendo del resultado de la revisión de su información, se le podrá reducir o exonerar la deuda. Si no responde a nuestra notificación, se iniciará acción para poder recobrar la cantidad adeudada al VA.

CERTIFICACION OHI

Cuando aplicó por primera vez a CHAMPVA se le pidió que completara un Formulario de Certificación CHAMPVA OHI (VA Form 10-7959c). Cada vez que hay cambios en su situación OHI, **tendrá que informarnos de ese cambio**. Periódicamente le pediremos que vuelva a certificar su situación OHI completando el formulario y enviándonos la información a la dirección indicada abajo:

Formularios de Certificación OHI **Centro para Administración de Salud VA
CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063**

O puede llamarnos gratis y darle a nuestro representante para servicios al cliente la información necesaria a **1-800-733-8387**.

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

Si su OHI es una organización para cuidados de salud (HMO) o plan para proveedor preferido (PPO), incluya una copia del copago que le corresponde de dicho plan, y temario de beneficios.



CHAMPVA COMO PAGADOR PRIMARIO

Si califica para uno de los siguientes seguros de salud que aparecen abajo, nosotros pagaremos primero (como un **pagador primario**). Esos planes son:

Medicaid

En esos casos cuando Medicaid ha pagado por servicios y suministros médicos primero, nosotros reembolsaremos a la agencia de Medicaid apropiada esa cantidad que habríamos haber pagado cuando no existen beneficios de Medicaid, o la cantidad pagada por Medicaid, la que sea menor.

Programa Estatal de Compesación para Víctimas de Crimen

Siempre pagamos primero si es usted elegible bajo el Programa Estatal de Compesación para Víctimas de Crimen.

Servicios de Salud Para Indios(IHS)

Siempre pagamos primero si es usted elegible bajo los Servicios de Salud para Indios.

Seguro de Salud Suplemental CHAMPVA

Hay varias compañías que ofrecen pólizas que suplementan a los beneficios CHAMPVA. Después de hacer un pago por servicios médicos, sus gastos de desembolso, como deducibles y copagos, siempre se pagan a través de la póliza de seguro suplementario. Si tiene una póliza que se obtuvo específicamente con el fin de complementar a CHAMPVA, nosotros calcularemos la cantidad elegible, pagaremos el reclamo, y luego, puede enviar el saldo que debe en el reclamo que envíe a su asegurador suplementario.

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Nosotros no endorsamos una póliza sobre otra, por lo tanto, usted debe considerar con cuidado las necesidades de su familia si necesita coberturas adicionales. Información sobre **seguros suplementarios** está disponible en el sitio Web de HAC www.va.gov/hac. Si necesita más información sobre planes de salud suplementarios de las Publicaciones Federales www.federalpublishing.com. Publicaciones Federales no están afiliadas con el gobierno y no endorsamos 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** (E.j.; Medicare y plan suplemental de Medicare), pagaremos por ambos planes. El tener **OHI** complementa a el programa de CHAMPVA; pero no impide que lo use. Usted puede tener otro plan de salud a través de su empleo, el empleo de su cónyuge, o otro programa del gobierno como Medicare. En la mayoría de casos, cuando tiene **OHI** y CHAMPVA, no pagará nada. Cuando tiene que pagar alguna cantidad, esto sucede porque ya no le quedan beneficios de salud en su otro seguro, así es que **OHI** no paga por ese lapso de tiempo. En este caso, cuando un servicio o suministro médico es un beneficio cubierto bajo CHAMPVA, nosotros nuevamente compartiremos el costo del gasto permitido.

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

PLAN DE CHAMPVA Y LA ORGANIZACION DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO) O ORGANIZACION DEL PROVEEDOR PREFERIDO (PPO) PLANS

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

No pagaremos por servicios médicos que estaban disponibles a través del plan **HMO/PPO** (E.j., si eligió un médico que no es parte de su plan) o si no sigue las normas y procedimientos de su **HMO/PPO** para obtener cuidados. Además, si tiene Medicare y escoge el recibir cuidados por un proveedor que no acepta pacientes de Medicare, nosotros no pagaremos por estos servicios. Debe de seguir las reglas de su asegurador primario, incluyendo como obtener cuidados por proveedores incluidos en su lista de proveedores que participan con dicho asegurador.

SECCION 6: OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)

RESUMEN DE COSTOS—CUANDO TIENE 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.	Cantidad asignable por su plan	Lo que le corresponde pagar hasta la cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de 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 fueron determinados por OHI por no seguir los requisitos del plan OHI .)	\$0	La cantidad asignable CHAMPVA (vea el cuadro que aparece en las páginas 42 y 43)	El costo que le corresponde de acuerdo al tipo de servicio (vea el cuadro en las páginas 42 y 43)

CHAMPVA Y MEDICARE

Cuando pago por servicios y suministros puede efectuarse bajo Medicare y CHAMPVA, Medicare es el **pagador primario**. Para servicios médicos cubiertos en ambos planes, usualmente no tiene que pagar por gastos de desembolso. La cantidad del copago de Medicare se publica anualmente en el Manual de Medicare. Si Medicare rehusa pagar su reclamo porque no fue a un proveedor participante, nosotros tampoco pagaremos por ese reclamo.

Información que se debe de tener en cuenta si tiene Medicare:

Es importante que sepa que cuando tiene Medicare y CHAMPVA, debe de seguir las normas y procedimientos de Medicare para acercarse de sus beneficios. Si Medicare no acepta un reclamo no tiene usted que seguir las normas, o si Medicare determina que el servicio no es **medicamente necesario** o apropiado, nosotros no pagaremos por ese cuidado. Si usted o su proveedor no aceptan la decisión de Medicare acerca de pagar o no, entonces una apelación ante Medicare puede ser presentada.

En la mayoría de casos, cuando es elegible para Medicare Parte A, usted debe de inscribirse en Medicare Part B para poder ser elegible para CHAMPVA (refiérase a Sección 1: Requisitos para elegibilidad).

SECCION 6: OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)

No es necesario que se inscriba a Medicare Parte D (plan de medicamentos) para recibir o mantener sus beneficios CHAMPVA. El plan de medicamentos de CHAMPVA es un plan reconocido. Así es que, si usted pierde cobertura CHAMPVA más tarde, Medicare no le cobrará una penalidad por inscribirse a la Parte D.

No pagaremos sus cuotas de Medicare Parte B o Parte D.

RESUMEN DE COSTOS CUANDO TIENE MEDICARE

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
PARTE A – Hospital			
Estadía en un Hospital 1–60 días	Todo menos el Copago de Medicare	Su copago Medicare	\$0
Estadía en Hospital 61–90 días	Todo menos el Copago de Medicare	Lo que debe hasta La cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de casos, \$0
Estadía en Hospital 90 –150 días	Todo menos el Copago de Medicare	Lo que debe hasta La cantidad asignable de CHAMPVA	En la mayoría de casos, \$0
Estadía en Hospital >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 de haber hospitalización de 3 días antes de ser admitido en el SNF			
1–20 días	100% de Medicare se asignará	Lo que debe de pagar de la cantidad asignable a CHAMPVA	En la mayoría de casos, \$0
21–100 días	Todo menos el copago de Medicare	Lo que debe de pagar de la cantidad asignable a CHAMPVA	En la mayoría de casos, \$0
>100 días	\$0	75% de la cantidad asignable CHAMPVA (Se basa en las Guías de Recursos de como utilizar a Medicare [RUG])	25% cantidad asignable CHAMPVA

SECCION 6: OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)

SERVICIO	MEDICARE PAGA	CHAMPVA PAGA	USTED PAGA
PARTE B – Paciente Ambulatorio			
	(después de pagar el deducible de Medicare)	(después de pagar el deducible CHAMPVA)	
Atención médica ambulatoria para incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Visita al médico (doctor) • Equipo Médico Durable • Detección de Cáncer • Mamografías • Papanicolau • Inmunizaciones (incluyen flu vacunas) • Suministros para la Diabetes (banda de prueba, monitores, etc.) • Diabetes auto manejo de la diabetes. • Densidad de huesos 	80% de Medicare cantidad asignable	Lo que debe de pagar hasta la cantidad asignable a CHAMPVA	En la mayoría de casos \$0
Laboratorio Clínico	100% of Medicare allowable	Lo que debe de pagar hasta la cantidad asignable a CHAMPVA	\$0
Visitas para Salud Mental	50% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe de pagar hasta la cantidad asignable a CHAMPVA	En la mayoría de casos \$0
Hospice Recetas para Pacientes Ambulatorios Cuidados de Hospicio	100% de la cantidad asignable de Medicare allowable Todo menos \$5 por recetas 95% de la cantidad asignable de Medicare	Lo que debe de pagar hasta la cantidad asignable a CHAMPVA	\$0
Farmacia (sin Medicare Parte D)	\$0 (con pocas excepciones)	Retail: 75% of allowable amount MbM: 100%	25% de la cantidad asignable CHAMPVA \$0
Farmacia (sin Medicare Parte D)	Varía	Lo que debe de pagar hasta la cantidad asignable a CHAMPVA	Varía

6

CHAMPVA Y COMPENSACION PARA TRABAJADORES

No pagamos por atenciones médicas para tratamiento de enfermedades o dolencias relacionadas con el trabajo cuando los beneficios están disponibles bajo el programa de compensación para trabajadores. Debe de hacer una solicitud para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si agota sus beneficios de compensación para trabajadores, entonces nosotros pagaremos por servicios y suministros cubiertos. Envíe una copia que indique la decisión final del reclamo por compensación para trabajadores y así evitar retraso de pagos en el futuro.

CHAMPVA Y LESIONES ACCIDENTALES

Si está 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 hacer el reclamo con nuestro centro. Esto se llama responsabilidad de terceros y significa que alguien se responsabiliza legalmente por sus cuidados médicos. Cuando recibamos el **EOB** de la compañía de seguros, usted puede presentar un reclamo CHAMPVA para cobrar algún saldo restante. Para asegurar que sus



necesidades médicas estén cubiertas, nosotros proporcionaremos pagos por servicios que son **médicamente necesarios** mientras se determina la responsabilidad de terceros. Si otras personas son responsables por sus gastos, nosotros solicitaremos a usted o a esas otras personas (casi siempre es la compañía de seguros del terciario).

Es importante llenar un formulario correctamente. En la mayoría de los casos, el proveedor completará y enviará el formulario del reclamo por usted. Hay ocasiones cuando usted ha pagado por los servicios o suministros médicos y necesita hacer un reclamo para reembolso. Error, olvidarse de firmar u otra información faltante puede demorar su reclamo o causar rechazo inicial. Nosotros no podemos procesar un reclamo hasta que tengamos toda la información.



CUANDO PUEDO PRESENTAR UN RECLAMO

Necesitará enviar los siguientes artículos:



1. Formulario de Reclamos CHAMPVA, **VA Form 10-7959a** (disponible por teléfono o en el sitio Web)
2. Un estado de cuenta de facturación detallado hecho por el proveedor incluido en la **CMS 1500 o UB-04** con la misma información listada en la sección titulada: Reclamos Presentados por el Proveedor.
3. Cuando tiene otro seguro (**OHI**), una explicación de beneficios (**EOB**) de el otro asegurador de salud.

Aviso útil cuando presente sus reclamos

- Su nombre debe de aparecer en el formulario de reclamo exactamente como aparece en la Tarjeta de Identificación de CHAMPVA.
- Su Número de Membresía de CHAMPVA (**su** Número de Social Security) debe de aparecer en el reclamo.

- Guarde copias de todos los recibos, facturas y otros documentos.
- Formularios para reclamos separados requieren para cada **beneficiario** CHAMPVA por vivienda.
- Si usted **NO** usa el Formulario **VA Form 10-7959a** CHAMPVA, pagos serán enviados directamente a su proveedor médico en vez de a usted.
- Después de facturar a su otra compañía de seguros, usted puede presentar un reclamo a CHAMPVA por el saldo restante.

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

REDAMOS PRESENTADOS POR EL PROVEEDOR

Si su proveedor presenta el reclamo, lo enviarán posiblemente via electrónica o en un formulario estándar en papel (**CMS-1500** or **UB-04**).

Aviso útil cuando su proveedor presenta reclamos

- Reclamos que han sido sometidos por via electrónica, se procesan más rápido. Si su proveedor puede mandar los reclamos via electrónica, y no lo hace, haga que nos llame.
- Una factura procesada en un formulario **CMS-1500** or **UB-04** requiere la siguiente información:
 - Nombre completo, dirección y número de identificación fiscal del proveedor
 - Dirección dónde deben de enviarse los pagos
 - Dirección del lugar donde se brindaron los servicios
 - Situación profesional del proveedor (médico, enfermera, asistente médico, etc.)
 - Fecha específica de cada servicio proporcionado. Período de tiempo aproximado se aceptará cuando coinciden con el número de servicios/ unidades de servicios
 - Cargos detallados por cada servicio
 - Códigos médicos apropiados (ICD-9, CPT, **HCPCS**) por cada servicio
- Si se facturó un **OHI** , proporcione una copia de su **EOB** detallando cuanto ha pagado. Algunas veces la definición o explicación de códigos se encuentra en el reverso de explicaciones del **EOB** (incluya una copia de la misma también). Si tiene dos **OHI**s (como Medicare y Medicare Supplemental), necesitaremos ambos **EOBs** y así poder procesar su reclamo.
- En ciertos casos tendrá que suministrar los registros y notas junto con cuenta. El manual hace notas de aquellos servicios, como enfermería especializada, cuidados en el hogar y algunos procedimientos de cirugía que requieren documentacion médica.

RECLAMOS POR SERVICIOS DE FARMACIA

La mayoría de reclamos se presentan por vía electrónica. La siguiente información se requiere para los reclamos de farmacias, sin tomar en cuenta si han sido presentados vía electrónica o por papel o si han sido presentado por la farmacia o usted personalmente.

- Un estado de cuenta/reclamo debe incluir:
 - Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia
 - Nombre del médico que recetó el medicamento
 - Nombre, concentración y cantidad de cada medicamento
 - Código de Medicamento de 11-dígitos (**NDC**) por cada medicamento
 - Cargo por cada medicamento
 - Fecha en la que llenó la receta
- **Nota:** Pregúntele a su farmacéuta que le de una copia dónde muestre toda esta información.
- Si nos envía un reclamo, use el Formulario de Reclamos CHAMPVA (**VA Form 10-7959a**).
- Si nos envía un reclamo y tiene otro seguro de salud, su copago debe de estar incluido en el recibo.

ADONDE PUEDO ENVIAR MIS RECLAMOS POR CORREO

**Centro de Administración de Salud VA
CHAMPVA
PO Box 469064
Denver CO 80246-9064**

FECHA DE VENCIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

Tiene hasta un año, a partir desde la fecha inicial de servicios, para presentar sus reclamos. En caso de que sea un paciente hospitalizado, el reclamo debe de presentarse dentro del año en el cual fué dado de alta. Reclamos presentados después de la fecha límite serán rechazados.

Cuando uno de sus reclamos ha sido rechazado por CHAMPVA por elegibilidad o beneficios, y ese rechazo ha sido revisado porque ha sometido información adicional en orden de apoyar el reclamo, una autorización retroactiva se efectuará. Tiene 180 días después de notificarle que tiene una autorización retroactiva para elegibilidad para un reclamo ya sometido.



EXPLICACION DE BENEFICIOS (EOB)

Después de presentar un reclamo para sus servicios médicos, le enviaremos un **EOB** por correo. El **EOB** numera detalladamente los servicios recibidos y la cantidad que su proveedor le va a facturar. Si ha pagado por el servicio y presentó un reclamo para reembolso, el **EOB** le informará como hemos calculado el costo compartido. El **EOB** contiene la siguiente información:

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

Cuando el proveedor presenta un reclamo, el **EOB** se le enviará tanto a usted como también a su proveedor. Cuando usted presenta un reclamo, el **EOB** se le enviará a usted solamente. Cuando se reciba por una fuente VA (E.j.; **Medicinas por Correo** o CITI), no se le enviará un **EOB**.

The image shows a sample CHAMPVA Explanation of Benefits (EOB) form. Callouts A through G highlight specific areas:

- A:** Points to the top left header area containing contact information for CHAMPVA and Veterans Administration. Text: "Información solamente, no envíe cheque."
- B:** Points to the 'Control Number' field. Text: "NUMERO DE CONTROL"
- C:** Points to the 'SA00000' and '000X000XXX' fields. Text: "SA00000 000X000XXX"
- D:** Points to the 'OHI PAGA: 50.00' and 'PAGOS HAC: A PROVEEDOR' fields. Text: "OHI PAGA: 50.00 PAGOS HAC: A PROVEEDOR"
- E:** Points to the 'HV123456789' field. Text: "HV123456789"
- F:** Points to the 'Amount Billed' and 'Amount Allowed' columns in the table. Text: "PORCION QUE PAGA"
- G:** Points to the 'Remarks/Code' column in the table. Text: "CODIGO/OBSERVACIONES"

A – Información solamente, no incluya cheques: Indica que un cheque del Departamento de Tesorería no está incluido, aparecerá "Cheque Incluido".

B–Número (s) de Control: Identifica el reclamo específico CHAMPVA (siempre comienza con dos caracteres alfa)

C–Número de Control del Paciente: Reconoce ese específico reclamo que proviene del Proveedor (no siempre está presente)

Pagado D-OHI- Cantidad que paga el otro seguro de salud, incluye ajustes que aplican como resultado de acuerdos entre el proveedor y OHI

Número E–FMS Doc ID: Algunas veces con HV, este número que contiene 11 dígitos asiste en la identificación de pagos.

Repartir los Costos F: La responsabilidad del paciente de pagar a no ser que haya un OHI.

Códigos/Advertencias G: En esta columna aparece un código relacionado con la descripción narrativa como aparece abajo



USTED PUEDE APELAR RECHAZOS DE:

- Determinación de elegibilidad
- Cobertura de beneficios
- Solicitudes de autorización
- Servicios
- Apelaciones de salud mental de Segundo nivel (Nota: apelaciones de primer nivel relacionadas con cuidados de salud mental son ejecutadas por nuestro proveedor de salud mental—dirección aparece en la página 21 del manual).

Para que se considere una apelación, debe de:

- Presentar la solicitud por escrito dentro del año de la fecha del **EOB**, en caso de rechazo de un servicio o beneficio, o un año contando la fecha de la carta la cual notifica el rechazo de elegibilidad o servicio a nosotros a:

**Centro de Administración de Salud VA
CHAMPVA ATTN: Appeals
PO Box 460948
Denver CO 80246-0948**

- Indique por qué motivo considera que la decisión original constituye en un error,
- Incluya una copia del **EOB** or carta de determinación y
- Someta cualquier información nueva e importante que no se haya considerado anteriormente

Después de revisar su apelación y documentos que la apoyan, se le enviará una decisión por escrito comunicándole nuestra decisión. Si todavía está en desacuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una segunda revisión. Dicha solicitud de revisión se deberá de hacer dentro de los 90 días a partir de la fecha cuando se hizo la primera decisión. Su solicitud debe de incluir el porqué cree que hay error, y también incluya información que pertenece adicional. La apelación en su segundo nivel son finales y no pueden apelarse de nuevo.



NOTA: Si por alguna razón la apelación no se identifica, su requisito se le devolverá sin realizar ninguna acción.

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

No consideraremos apelación presentada acerca de:

- El costo que le corresponde pagar o el deducible de persona soltera o familia. Por ley, usted debe de pagar esta cantidad.
- El monto elegible basado en pagos regularizados.
- Proveedores médicos sancionados o están excluidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) o la Oficina del Inspector General (OIG).
 - Proveedores se sancionarán por no haber cumplido con el mantenimiento de sus credenciales, fraude y abuso, falta de cumplimiento con préstamos públicos o otras razones diversas. Solo un proveedor sancionado o representantes nombrados pueden apelar a esta decisión y dicha apelación debe dirigirse a DHHS-OIG.
- Beneficios que se excluyen específicamente por reglamento.

Solicitudes de apelación relacionadas con estos escenarios no recibirán revisión formal, pero serán reprocesadas cuando la información que hace falta se recibe o cuando usted nos notifica que la factura se ha vuelto a enviar para ser corregida.

- Rechazos de reclamos por falta de información, Terminología Actual de Procedimientos (CPT), Sistema Común de Codificación de Procedimientos Médicos (HCPCS), Clasificación Interna de Enfermedades (ICD9) y Códigos Nacionales de Medicamentos (NDC).
- Decisiones sobre reclamos que solicitan mas información antes de que una acción es ejecutada en su reclamo. Ejemplos de esta situación incluyen rechazos que solicitan documentación, informes quirúrgicos, planes de tratamientos o un certificado de **necesidad médica**.
- Reclamos rechazados y que requieren un **EOB** de un **OHI**.
- Errores de facturación (E.j.; fecha incorrecta de servicios, códigos y/o cargos facturados) por los cuales se servían facturas corregidas con el fin de modificar el reclamo original.
- **Solicitudes de apelación relacionado con una incapacidad de un Veterano y conectada por su servicio y sus tasas deben de presentarse a la oficina local VARO. El VARO determina las tasas y una confrontación con referencia a su determinación.**

SECCION 9: AYUDA EN CASO DE FRAUDE

Se puede combatir el fraude y abuso con un esfuerzo cooperativo. Una manera de ayudar es revisando su **EOB** para asegurarse si los servicios que se facturaron se hicieron en forma adecuada. Si usted ve que un servicio o suministro facturado a nosotros nunca se hizo, repórtelo inmediatamente por escrito. Indíquenos en su carta que está presentando un reclamo que puede ser potencialmente fraude y documente la información en esta forma:

- El nombre y dirección del proveedor
- El nombre del **beneficiario** que aparece como la persona que recibió el servicio o artículo,
- El número del reclamo
- La fecha del servicio fraudulento
- El servicio o artículo que usted que usted piensa nunca se brindó
- La razón porque usted cree que el reclamo no se debe de pagar
- Cualquier información o hechos adicionales que demuestren que el reclamo no se debió de pagar.

CONSEJOS PARA DETECTAR FRAUDES

Debe de sospechar de las prácticas que involucran:

- Proveedores que habitualmente no cobran los costos compartidos (copagos).
- Proveedores que hacen facturas por servicios que no ha recibido.
- Proveedores que facturan servicios o suministros que son diferentes a los que ha recibido.

Con quién debo de comunicarme si sospecho que existe fraude, gastos inútiles o abuso?

Correo: **Centro de Administración VA
ATTN: Program Integrity
PO Box 469060
Denver CO 80246-9060**

CONSEJOS PARA PREVENIR EL FRAUDE

- Proteja siempre su Tarjeta de Identificación CHAMPVA. Esté en alerta a quién le da su número de membresía. Nunca le de su número de membresía a alguien por teléfono si *acaso lo llaman*.
- No tenga confianza con proveedores que dicen que un servicio o artículo en particular no está cubierto por nosotros, pero conocen como facturar ese servicio o artículo para que lo paguemos.

Teléfono: **1-800-733-8387**

E-mail: Navegue al sitio Web y siga instrucciones para someter correo electrónico: **<http://www.va.gov/hac/contact>**

Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

La Notificación de Prácticas de Privacidad brinda:

- Como su información puede usarse y divulgarse,
- Sus derechos acerca de su información médica y
- Nuestra responsabilidad legal protege la privacidad de su información médica.

Para obtener información mas detallada de nuestras Prácticas de Privacidad revise cuidadosamente la Notificación Detallada acerca de Nuestras Prácticas de Privacidad disponible en nuestro sitio Web.

Su Informacion Médica

Cualquier información que nosotros originemos o recibamos acerca de su pasado, presente o futuro:

- Estado de salud físico o
- Cuidados de salud
- Pagos por servicios médicos

Como Podemos Usar Divulgar su Informacion de Salud

En la mayoría de casos, una autorización por escrito para poder usar o divulgar su informacion médica. Sin embargo, la ley federal nos permite usar y divulgar su información de salud sin su permiso en los siguientes casos:

- Tratamiento
- Salud Pública
- Reporte de Abuso
- Directorio de Pacientes
- Como enforzar la Ley
- Servicios
- Cuando es un Requisito de la Ley
- Acción que se Usan para los Cuidados Médicos
- Seguridad Nacional
- Acción Militar
- Elegibilidad y matrícula para Beneficios VA
- Investigación científica(con límites estrictos)
- Compensación al Trabajador
- Pagos
- Judicial or Administrative Proceedings
- Instituciones Correccionales
- Córoner o Actividades de Funerales (limitado)
- Inspección de los Cuidados Médicos
- para Asegurar los Cuidados Médicos
- Miembros de la Familia Envolucrados en sus Cuidados Médicos (limitado)



Palabras inscritas en impronta verde se describen en páginas 60-64

Resumen de Notificaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos

Todos los usos y divulgaciones acerca su información médica no se podrán realizar sin su autorización hecha 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 un lugar diferente y de una manera muy confidencial
- Una lista de divulgaciones acerca su información de salud
- Recibir nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad VA si hay una solicitud

Cambios

Tenemos derecho de cambiar la *Notificación de Prácticas de Privacidad VA*. Si esto pasa, las que están revisadas se aplicarán a toda su información médica que ya tenemos en nuestros archivos, como también a la información que vamos a recibir en el futuro. Le mandaremos una copia de la noticia revisada a la dirección vigente dentro de los 60 días cuando el cambio se efectúo.

Quejas

Si está preocupado con sus derechos de privacidad y si estos han sido violados, quéjese al VHA o a la secretaría del Departamento de los E.E.U.U. de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con el VHA póngase en contacto con su facultad VA médica directamente a su oficial de privacidad, o por correo electrónico vía “Contact the VA” a www.va.gov

Quejas no tienen que hacerse por escrito, aunque está recomendado. No se le darán multas si presenta una queja.

SOLICITAR O RELEVO DE INFORMACION QUE APARECEN EN MIS REGISTROS

¿Cómo puedo recibir una copia de mis registros?

Use el formulario **VA Form 10-5345a**, *Requisito Individual Para Recibir Una Copia De Mi Información Médica* (disponible por teléfono o sitio Web), para solicitar que le enviemos una copia de sus registros o una copia de cualquier documento que tenemos en nuestros archivos.

Use **VA Form 10-5345**, *Solicitud de Autorización para Soltar Información Médica*, si quiere que le enviemos una copia de sus registros o una copia de un documento especial a alguien, un establecimiento que no incluye su persona. Por ejemplo, este formulario se usa si requiere que su información se envíe a una oficina de abogados legal.

¿Cómo le puedo comunicar a HAC que yo deseo discutir my elegibilidad e información obtenida de mis archivos con cualquier individuo que yo escoja?

Use **VA Form 10-5345**, *Solicitud de Autorización para Soltar Información Médica o Información Médica* e imprima las palabras “Autorización para Divulgar Autorización Repetida” en la caja llamada *Autorización*, si quiere discutir su reclamo y información de elegibilidad con una persona con quien usted confía con sus necesidades médicas como su cónyuge, amigo allegado o su hijo/a.



¿Cómo puedo conseguir información de mis archivos, por correo electrónico?

Use el formulario **VA Form 10-5345a**, *Solicite una Copia de su Propia Informacion Mecica Para un Individuo*, e imprima las palabras “HAC ON-LINE” en la caja de firma, para obtener permiso a información selecta de los registros de CHAMPVA. Esta información puede ser personal a través de una conexión segura del Internet. Información adicional acerca de HAC On-Line se puede encontrar en nuestro sitio Web bajo *For Beneficiaries, CHAMPVA*.

¿A dónde envío mis reclamos?

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



Complementario

El tratamiento es una parte necesaria del cuidado aprobado para tratar dolencias cubiertas parcialmente.

Cantidad asignable

Esa cantidad que pagamos y su costo compartido.

Asignación

Cuando acude a un proveedor médico, averigüe si el proveedor acepta a CHAMPVA. Proveedores con frecuencia se refieren a una asignación válida. Lo que esto significa es que el proveedor nos enviará la cuenta directamente por servicios, artículos y suministros que están cubiertos.

Facturación de saldo

No es apropiado. Cuando un proveedor acepta asignación, tiene que haber un acuerdo el aceptar la cantidad VA elegible como pago total. Usted no es responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada por parte del proveedor y la cantidad asignable determinada por nosotros.

Beneficiario

Un cónyuge, viudo o menor elegible. Beneficiarios también se refieren a dependientes.

Centros para Control de Enfermedades (CDC)

Esta es la agencia más importante en los E.E.U.U. para prevención de enfermedades y esta ubicada en Atlanta, Georgia.

Certificado para Necesidad Médica (CMN)

Un Certificado de Necesidad Médica o (CMN) es un documento proporcionado por su médico que indica que el cuidado o servicio recetado constituye una necesidad médica y forma parte de su plan de tratamiento.

CHAMPVA

Cuidados y Programa Médico Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Menor

Incluye hijo biológico, adoptado, hijastro o **menor incapacitado** según lo determinado por la oficina Regional VA(**VARO**).

Coordinación de Beneficios

Debemos de estar enterados de otros seguros de salud si hay doble cobertura. Sabiéndolo, no habrán duplicados o errores de sus beneficios CHAMPVA y no se pagará de repetido a otros seguros de salud. La explicación de beneficios de OHI tiene la propia documentación para que se puedan coordinar los beneficios y los reclamos se paguen de manera apropiada.

Cuidados de Custodia

Tratamiento o servicios, sin considerar quien los recomienda o dónde se brindan y que pueden prestarse por una persona que no está especializada al nivel del médico sin riesgos, y que están encargadas de ayudar al paciente con sus tareas cotidianas. Estos servicios incluyen pero no están limitados a:

- Cuidado personal como ayudar en: el caminar; acostarse y levantarse de la cama; bañarse; comer con una cuchara, tubo o gastrostomía;
- labores de hogar como preparar comidas o dietas especiales;
- movilizar al paciente;
- servir de acompañante o cuidador;
- supervisar medicamentos que toma regularmente el paciente; o
- tratamiento o servicios que cualquier es capaz de realizar sin ayuda, incluyendo pero no limitado a tomar la temperatura, pulso y respiración, o administración y monitoreo de sistemas de alimentación.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRG)

Un sistema de hospitals que se usan para clasificar recursos para tratamientos de dolencias o relacionados con dolencias basadas en las necesidades clínicas del paciente. The DRG determina el reembolso al hospital.

Equipo Médico Durable	Equipo Médico Durable usado durante el curso de un tratamiento o cuidados en el hogar, que incluye equipo como muletas, abrazadera de rodillas, sillas de ruedas, camas de hospital, prótesis, y etc. Cobertura de Salud al nivel de DME siempre son diferentes a las coberturas al nivel de visitas de médicos u otros servicios administrados.
Explicación de Beneficios (EOB)	Un formulario que ofrece detalles de cuanto se pagó y la cantidad del pago.
FDA	Agencia Administrativa para Comidas y Drogas
Formulario	Una lista de medicamentos preferidos basados en estudios que contienen efectividad, seguridad y costo de una droga.
HAC	Centro de Administración de Salud/ Administra el programa de CHAMPVA.
HCPCS	Sistema Común de Códigos y sus Procedimientos.
Organización para Mantenimiento de la Salud (HMO)	Una organización que otorga cuidados de salud comprensivos a individuos y a sus familias que pertenecen a su red y también y familias en una área gráfica especificada cubierta por médicos miembros y que existen límites para especialistas fuera de esta red.
Menor Inválido	Un menor el cual, antes de los 18 años, el cual está incapacitado y no puede ayudarse solo y se le ha clasificado como inválido por la Oficina Regional para los Asuntos de los Veteranos (VARO).
Volumen Alto	Centros de Tratamiento en areas residenciales que procesan más de 25 dadas de alta anual debidas a servicios de salud mental y están considerados como centros de gran volumen de altas.
Volumen Bajo	Centros de tratamientos que dan de altas a menos de 25 casos por salud mental al año y se consideran como instalaciones de bajo volumen de altas.
Necesidades Médicas	Servicios, drogas, suministros o equipo proporcionado por un hospital o proveedor de

Necesidades Médicas (continuación)

servicios de cuidados médicos que nosotros determinamos:

- están de acuerdo para el diagnóstico o tratamiento para la dolencia, enfermedad o lesión del paciente;
- están de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas en los Estados Unidos;
- no son fundamentalmente hechos para la comodidad o conveniencia personal del paciente, familia o al proveedor;
- no son parte o están asociados con la educación vocacional o académica del paciente y
- en casos de cuidados de hospitalización, no pueden brindarse de una manera eficaz en instalaciones ambulatorias.

Medicinas por Correo (MbM)

Un servicio de farmacias por correo que otorga una manera eficaz, sin costo y segura, para todos los beneficiarios de CHAMPVA, y así poder recibir medicamentos sin urgencia directamente a la puerta de sus casas.

NDC

Código Nacional de Drogas, usado para identificar farmacéuticos.

Horas de Lapsos Mínimos

Lapso de tiempo cuando el volumen de llamadas es bajo comparado con otros lapsos durante el día.

OHI

Otro seguro de salud

Medicinas de Venta Libre

Medicinas que no requieren receta.

Organización para Proveedores Preferidos (PPO)

Una organización que otorga cuidados médicos y también tiene incentivos económicos para el miembro de un contrato de salud médica como médicos preferidos, laboratorios y hospital que están de acuerdo con proveer servicios de supervisión y costos reducidos.

Pagador Primario

Un plan de seguro médico que paga primero por las cuentas por servicios. Estos son usualmente planes superiores para cuidados médicos.

Participante Veterano que Califica	Un Veterano que esté esperando que le otorgen VARO la cual lo califica elegible para beneficios CHAMPVA a el y a sus dependientes. Estos dependientes no tiene derecho a beneficios de TRICARE.
Recuperación	Colectar una deuda que se debe al gobierno.
Pagador Secundario	Un plan de seguro de salud que paga después de que paga el pagador primario y está determinado por lo que se vá a pagar por el reclamo.
Conectado con el Servicio	Una determinación de VARO que dice que una enfermedad, lesión o muerte del Veterano está relacionada con su servicio militar
Cónyuge	La esposa/o de un Veterano con beneficios.
Seguro Suplemental	Un seguro de salud que paga después del pagador primario ha determinado que pagan por el reclamo. Pagaremos antes de una póliza suplemental de CHAMPVA y después de una póliza suplemental de Medicare.
Sobrevivientes	Viuda/o y sus hijos dependientes.
Pagador Terciario	Un pagador que cubre después que el pagador primario y secundario han hecho pagos al reclamo.
VA	Departamento de Asuntos para los Veteranos.
VARO	Oficina Regional para los Asuntos de los Veteranos
Viuda/o	Cónyuge sobreviviente de un auspiciador que califica.

A	
apelar	54–55
asignaciones.....	16, 40, 60
audífonos	38
autorización.....	20–21
ayuda para impedimentos sensoriales ...	2
B	
balancear cuentas	60
beneficios cubiertos.....	22–37
C	
certificado por necesidad médica (CMN)	60
cirugía ambulatoria.....	24, 40
CITI.....	7, 15, 21, 40, 53
cobertura fuera de los E.E.U.U.....	41
colonoscopias	22
como aplicar	50–53
compensación para trabajadores ..	39, 49
condición de menor	8, 61
control de peso/medicamentos.....	39
cónyuge	5, 64
coordinación de beneficios	61
costo compartido (copagos).....	40
costos.....	40–43, 46–48
cuidados de custodia.....	3, 37, 61
cuidados de la próstata	22, 34
cuidados del pie.....	28, 38
cuidados de salud en el hogar	28
cuidados después del parto	39
cuidados en casas de reposo	3
D	
deducible.....	40
definiciones	60–64
dejar de fumar.....	39
dental	20, 26, 37
desórdenes de aprendizaje.....	38
diabetes	22, 26, 29, 48
dialysis de riñón	29
dirección, cambio de.....	2
drogas	18, 26, 38
E	
enfermeras especializadas	14, 20, 28, 34, 35, 43, 47
equipo medico durable (DME).....	14, 20, 21, 27, 38, 42, 48, 62
exámenes de oídos	23, 38
explicación de beneficios	53, 62
F	
farmacia	17–19, 43, 48, 52
farmacias en la red	19
formulario	18, 62
fraude	56
H	
hospicio	20, 28, 48
I	
información acerca sus contactos .	11–13
injurias a causa de accidentes.....	49
inseminacion artificial	37
insuficiencia renal terminal	6, 29
L	
lentes.....	27, 38
lentes de contacto	27
línea de chat	12
M	
mamogram.....	23, 48
Medicaid.....	44

INDEX

Medicare 5–8, 16, 18, 21, 44–48
medicinas por correo 17, 18, 43, 63
menor incapacitado 10, 62
MRIs 30
MYCHAMPVA 11

N

número de membresía 14, 50, 56

O

orthopédicos 32
otro seguro de salud (OHI) 13, 44–49
oxígeno 32

P

paciente interno
..... 14, 16, 20, 30, 35, 39, 42, 47, 52
pagador secundario 64
pagador primario 8, 21, 33, 44, 46, 63
plan HMO 15, 44, 45, 62
plan PPO 15, 44, 45, 63
prescripción(es) 17–18, 48
preventivos 22–23
privacidad 57–59
programa Estatal de Compensación
Víctimas de Crimen 44
protéticos 33
proveedores de cuidados de salud 14–16
proveedores del VA 15
pruebas de diagnósticos 38

R

recién nacido(s) 31, 39
resumen de recobro 9, 43, 64
requisitos para elegibilidad 5–10
resumen de cuentas 45, 50, 51

S

salud mental
..... 20, 21, 30, 33–36, 42, 43, 48, 62
seguro suplemental 44, 45, 64

servicio al cliente 11–13
servicios de ambulancia 24
servicios esterilización 25, 36
servicios de quiropráctico 37
servicios no cubiertos 37–39
estudiantes 9

T

tarjeta de identificación 14, 19
terapia física 20, 32
terapia ocupacional 32
TMJ (temporomandibular joint) 36
topes por catástrofes 40
transplante de riñón 36
transplantes 20, 36–37
TRICARE 7, 8, 16

V

vacunas 23
veterano dotado 64
viuda(o) 60, 64

Z

zapatos ortopédicos 32

Noticia para poder intentar parejar computadores: La Ley Pública 100-503, Parejar Computadores y Acto de Protección y Privacidad del 1988, permite que el gobierno verifique información vía parejamiento de computadores. En conformidad con 5 USC 552a, El Acto de Privacidad del 1974, como fué amendado, y la Oficina de Manejo y Guías de Presupuestos para Conducir Parejamiento de Computadores, noticia dada al VA con intención de conducir parejamiento de computadores con los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS). Data que se consigue de estos parejamientos será utilizada para verificar sus otorgamientos con Medicare para esos recipients y candidatos para beneficios CHAMPVA, y aquellos que son elegibles para CHAMPVA, basado por una autorización para recibir Medicare.



Department of Veterans Affairs
Health Administration Center
CHAMPVA
PO Box 469063
Denver CO 80246-9063