



Opciones de Servicios de Salud

A TRAVÉS DEL VA

A partir del 6 de junio de 2019



Choose **VA**

Contenido

- Sus opciones de cuidado de salud del VA 2
- ¿Soy elegible para los beneficios de cuidado de salud del VA? 2
- ¿Qué tipo de servicios de salud recibiré a través del VA? 6
- ¿Soy elegible para recibir Cuidado en la Comunidad fuera del VA? 6
- ¿Qué ocurre si necesito atención urgente o sin cita previa? 7
- ¿De qué manera otros seguros de salud interactúan con los beneficios del VA? 8
 - Cobertura del seguro de salud 8
 - TRICARE 8
 - Acuerdos de reembolso para el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (IHS) y el Programa de Salud Tribal (THP) 8
 - Medicare y Medicaid 9
- ¿Qué ocurre si tengo un diagnóstico sensible? 10
- ¿Cómo uso los estándares de acceso y los estándares de calidad del VA? 10
- ¿Alguien puede ayudarme si tengo una inquietud o no estoy de acuerdo con mi cuidado médico? 11

Sus opciones de servicios de salud del VA

En el Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA), los veteranos se encuentran en el centro de todo lo que hacemos. Trabajamos constantemente para asegurarnos de que conozca los cuidados de salud y los beneficios con los que cuenta gracias al servicio que le ha prestado a nuestro país. La Ley de Mantenimiento de Sistemas Internos y Fortalecimiento de las Redes Externas Integradas (Maintaining Internal Systems and Strengthening Integrated Outside Networks Act, MISSION) del VA de 2018 fortalece la capacidad del VA para brindarle atención y servicios de vanguardia. La ley presenta varias mejoras a los cuidados de salud del VA, que entrarán en vigencia a partir del 6 de junio de 2019. Con el fin de ayudarlo a comprender sus opciones de servicios de salud a través del VA, compartimos con usted este material educativo.

MEJORAS A LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS VETERANOS

El VA se compromete a brindarles una experiencia excelente a usted y a las personas importantes en su vida. Estamos fortaleciendo nuestra capacidad para brindar cuidado de salud a tiempo y de alta calidad a través de una red de proveedores y tecnologías de vanguardia.

Según la Ley MISSION del VA de 2018, el VA:

- ▶ continuará brindándole una experiencia de cuidado de salud excelente;
- ▶ brindará la atención adecuada, en el momento y el lugar indicados;
- ▶ continuará ofreciendo atención a través del cuidado de telesalud en su hogar, en un centro del VA o en la comunidad; y
- ▶ ofrecerá más opciones de cuidado de salud, entre las que se incluyen el cuidado en la comunidad y la atención urgente/sin cita previa. Para obtener más información sobre la Ley MISSION del VA de 2018, visite www.missionact.va.gov.

¿Soy elegible para los beneficios de servicios de salud del VA?

Es posible que reciba cuidado de salud del VA si participó en el servicio militar activo, cuenta con una licencia o baja (discharge) de las fuerzas armadas que califica, y cumple con el requisito de servicio mínimo, o está exento del mismo. Para obtener más información, consulte la información sobre elegibilidad a continuación.

Por lo general, a fin de ser elegible para recibir cuidado médico del VA, debe haber sido licenciado (discharge) en condiciones “no deshonrables”, como por ejemplo: “honorable”, “other than honorable” o generales según documento DD214 u otro documento oficial de licenciamiento militar. Sin embargo, si se licenció por mala conducta o de cualquier otro tipo de licenciamiento militar que no sea bajo condiciones honorables, aún puede calificar si el VA así lo determina.

A menos que aplique una excepción, si se enlistó después del 7 de septiembre de 1980 o se incorporó al servicio militar activo después del 16 de octubre de 1981, a fin de ser elegible para recibir servicios de salud del VA, debe haber participado en el servicio militar activo durante 24 meses consecutivos. En el caso de los reservistas o los miembros de la Guardia Nacional que fueron activados federalmente, deben haber cumplido con todo el período de activación al servicio militar al que fué ordenado, lo que ocurra antes.

Este requisito no aplica:

- ▶ si fue dado(a) de baja como resultado de una discapacidad causada (o agravada) por su participación en el servicio militar activo, o
- ▶ si fue dado de baja(a) debido a una dificultad o “salida temprana” (en inglés, *early out*), o
- ▶ si tiene una discapacidad por la cual es posible que el VA le pague.

Además, no aplica a la atención que se brinda para una discapacidad relacionada con el servicio.

Es posible que existan otras excepciones que apliquen a su caso. Lo alentamos a **presentar la solicitud de inscripción hoy mismo**, así podemos determinar su elegibilidad para la inscripción.

- ▶ Incluso si no está inscrito o no es elegible para inscribirse, es posible que sea elegible para determinados beneficios de cuidado médico del VA en virtud de categorías especiales de servicios de salud del VA:
 - ▶ Condiciones relacionadas con el servicio –
 - ▶ Incluso si no es elegible para inscribirse de otra manera o elige no inscribirse, es posible que reciba cuidado del VA por condiciones relacionadas con el servicio, a menos que la condición haya sido provocada o agravada durante un período de servicio que culminó en una baja (“discharge”) por mala conducta o en una baja que está sujeto a una prohibición legal de beneficios.
 - ▶ Trauma sexual militar (en inglés, MST) –
 - ▶ Es posible que sea elegible para recibir cuidados de salud relacionadd con un trauma sexual militar si es un veterano del servicio militar activo, de la fuerza de reserva militar o de la Guardia Nacional que experimentó un trauma sexual durante:
 - ▶ Un período de servicio militar activo
 - ▶ Servicio militar activo para entrenamiento
 - ▶ El requisito de servicio mínimo no aplica a este beneficio.
 - ▶ Presunta elegibilidad por psicosis y otra enfermedad mental –
 - ▶ Si desarrolló una psicosis o enfermedad mental durante los dos años posteriores a la baja, es posible que sea elegible para recibir cuidados de salud por esa condición, incluso si no es elegible para inscribirse en los servicios de salud del VA.
 - ▶ El requisito de servicio mínimo no aplica a este beneficio.
 - ▶ Cuidados de salud mental y conductual para determinados exmilitares –
 - ▶ Si usted es un exmiembro de las fuerzas armadas, incluidos los componentes de reservas, y usted
 - ▶ participó en el servicio militar activo y cuenta con una baja que califica (ni bajo condiciones honorable ni bajo condiciones deshonorables, o Corte marcial),
 - ▶ no está inscrito, y
 - ▶ participó en el servicio militar activo durante un período de más de 100 días acumulativos y fue desplegado en un teatro de operaciones de combate, o sufrió un trauma sexual militar mientras participaba en el servicio militar activo

Es posible que sea elegible para cuidados de salud mental y conductual. El requisito de servicio mínimo no aplica a este beneficio.

- ▶ Cuando se inscribe en los cuidados de salud del VA, se lo asigna a un grupo prioritario (o a más de uno) en función de diversos factores, como:
 - ▶ sus antecedentes de servicio militar,
 - ▶ la calificación de su discapacidad,
 - ▶ su nivel de ingresos,
 - ▶ si califica o no califica para Medicaid, y
 - ▶ otros beneficios que esté recibiendo (como beneficios de pensión)

Por lo general, a los veteranos que tienen discapacidades relacionadas con el servicio e ingresos más bajos se los coloca en grupos prioritarios más altos que aquellos que cuentan con un ingreso mayor y que no sufren ninguna discapacidad relacionada con el servicio.

GRUPO PRIORITARIO	CRITERIOS
Grupo Prioritario 1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El VA califica sus discapacidades relacionadas con el servicio con un 50 % o más. ▶ El VA determinó su incapacidad para trabajar debido a condiciones relacionadas con el servicio. ▶ Ha sido galardonado con la Medalla de Honor.
Grupo Prioritario 2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El VA califica sus discapacidades relacionadas con el servicio con un 30 % o 40 %.
Grupo Prioritario 3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usted es un exprisionero de guerra. ▶ Ha sido galardonado con la medalla Purple Heart. ▶ Fue dado(a) de baja debido a una discapacidad que fue provocada o agravada en cumplimiento de su deber. ▶ El VA califica sus discapacidades relacionadas con el servicio con un 10 % o 20 %. ▶ Ha recibido una clasificación de elegibilidad especial en virtud del Título 38 de la Sección 1151 del Código de los Estados Unidos: “beneficios para personas discapacitadas mediante tratamiento o rehabilitación vocacional”.
Grupo Prioritario 4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usted recibe ayuda, asistencia o beneficios por confinamiento en el hogar a través del VA. ▶ El VA determinó que usted está catastróficamente discapacitado.
Grupo Prioritario 5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usted tiene una discapacidad no relacionada con el servicio o una discapacidad relacionada con el servicio no compensable, y el VA califica su discapacidad con un 0 %, y cuenta con un ingreso anual por debajo del límite de ingresos del VA ajustado geográficamente (según el código postal de su residencia). ▶ Usted recibe beneficios de pensión del VA. ▶ Usted es elegible para los programas de Medicaid.
Grupo Prioritario 6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio y compensable con una calificación de 0 %. ▶ Quedó expuesto a radiaciones ionizantes durante pruebas atmosféricas o durante la ocupación de Hiroshima y Nagasaki. ▶ Usted participa en el Proyecto 112/Peligros y Defensa a Bordo (en inglés, SHAD). ▶ Participó en el servicio militar activo en la República de Vietnam entre el 9 de enero de 1962 y el 7 de mayo de 1975. ▶ Participó en el servicio militar activo en la Guerra del Golfo Pérsico entre el 2 de agosto de 1990 y el 11 de noviembre de 1998. ▶ Participó en el servicio militar activo en Camp Lejeune durante al menos 30 días entre el 1 de agosto de 1953 y el 31 de diciembre de 1987. ▶ Usted es un veterano actualmente inscrito y un nuevo inscrito que participó en el servicio militar activo en un teatro de operaciones de combate después del 11 de noviembre de 1998, y fue dado(a) de baja del servicio activo el 28 de enero de 2003 o después de esta fecha; estos criterios hacen que usted sea elegible para inscribirse en el grupo prioritario 6 para el tratamiento de las afecciones relacionadas con su servicio en combate durante un período de cinco años después de la baja. <hr/> <p>NOTA: Al final de este plazo mejorado de colocación en un grupo prioritario de inscripción, se lo asignará al grupo prioritario más alto para el que califique.</p>

GRUPO PRIORITARIO	CRITERIOS
Grupo Prioritario 7	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El ingreso bruto de su familia está por debajo del límite de ingresos del VA ajustado geográficamente según la ubicación de su residencia y usted acepta pagar copagos.
Grupo Prioritario 8	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El ingreso bruto de su familia está por encima de los límites de ingresos del VA y de los límites de ingresos ajustados geográficamente según la ubicación de su residencia, y usted acepta pagar copagos. ▶ VETERANOS ELEGIBLES PARA INSCRIPCIÓN: Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio y no compensable con una calificación de 0 % y está: <ul style="list-style-type: none"> ▶ SUBPRIORIDAD A: inscrito a partir del 16 de enero de 2003, y ha permanecido inscrito desde esa fecha o lo colocaron en esta subprioridad debido a un cambio en la condición de elegibilidad. ▶ SUBPRIORIDAD B: inscrito desde el 15 de junio de 2009, y sus ingresos exceden los límites de ingresos actuales del VA o los límites de ingresos del VA ajustados geográficamente en un 10 % o menos. ▶ VETERANOS ELEGIBLES PARA INSCRIPCIÓN: Tiene una discapacidad no relacionada con el servicio y está: <ul style="list-style-type: none"> ▶ SUBPRIORIDAD C: inscrito a partir del 16 de enero de 2003, y ha permanecido inscrito desde esa fecha o lo colocaron en esta subprioridad debido a un cambio en la condición de elegibilidad. ▶ SUBPRIORIDAD D: inscrito desde el 15 de junio de 2009, y sus ingresos exceden los límites de ingresos actuales del VA y los límites de ingresos del VA ajustados geográficamente en un 10 % o menos. ▶ VETERANOS NO ELEGIBLES PARA INSCRIPCIÓN: No cumple con los criterios mencionados anteriormente: <ul style="list-style-type: none"> ▶ SUBPRIORIDAD E: Discapacidad relacionada con el servicio y no compensable con una calificación de 0 % (únicamente elegible para la atención de la afección relacionada con el servicio). ▶ SUBPRIORIDAD G: Discapacidad no relacionada con el servicio.

Presente hoy mismo su solicitud de inscripción para el cuidado médico del VA en <https://www.VA.gov/health-care/eligibility> o visite su centro médico local.



¿Qué tipo de cuidado de salud recibiré a través del VA?

En el VA, trabajaremos junto a usted para ayudarlo a mantenerse saludable durante toda la vida. El VA ofrece un conjunto completo de cuidados de salud, entre los que se incluyen: cuidado primario, consejería de salud mental, oftalmológicos, cobertura de medicamentos recetados, servicios quirúrgicos y, en algunos casos, atención odontológica. Otros servicios, como cuidado de maternidad, también se encuentran disponibles a través de los proveedores de la comunidad que utiliza el VA. Consulte el Resumen de beneficios de atención médica (Health Care Benefits Overview) del VA para obtener más información: <https://www.VA.gov/healthbenefits/resources/publications/hbco/index.asp>.



¿Soy elegible para recibir Cuidado en la Comunidad fuera del VA?

Es posible que pueda recibir cuidados de salud a través de un proveedor de su comunidad local si cumple con criterios determinados. Inicialmente, debe estar inscrito en el VA para recibir cuidados de salud, o bien debe calificar para recibirlos sin necesidad de inscribirse. Además, debe cumplir uno de los seis criterios de elegibilidad en función de sus necesidades de atención médica o circunstancias individuales. Si es elegible para recibir cuidado en la comunidad y elige recibirlo, el VA generalmente deberá autorizar dicho cuidado antes de que lo reciba.

En virtud de la Ley MISSION del VA de 2018, existen seis criterios de elegibilidad para recibir cuidado en la comunidad. Si cumple con alguno de los siguientes criterios, en general o en relación con la atención específica que necesita, significa que es elegible para elegir y recibir la mencionada atención, ya sea mediante atención directa del VA o a través de un proveedor de la comunidad que forme parte de la red del VA:

- ▶ Necesita un servicio que no se encuentra disponible en ningún centro médico del VA. Entre los ejemplos de estos servicios se incluyen los servicios de maternidad y otros cuidados obstétricos.
- ▶ Usted reside en un estado o territorio de los EE. UU. que no tiene un centro médico de servicio completo del VA. Estos estados y territorios son Alaska, Hawái, New Hampshire, Guam, Samoa Americana, el Territorio Autónomo de las Islas Marianas del Norte y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.
- ▶ Usted califica en virtud de la disposición de “derechos adquiridos” (en inglés, *grandfathering*) relacionada con la elegibilidad de distancia para el programa Veterans Choice. Específicamente, usted debe:
 - ▶ (1) haber sido elegible para el programa “Veterans Choice” en función del criterio de elegibilidad de “40 millas” (usted reside a más de 40 millas del centro médico del VA más cercano con un proveedor de atención primaria de tiempo completo);
 - ▶ (2) continuar residiendo en una ubicación gracias a la cual calificaría en virtud de ese criterio; y
 - ▶ (3) (A) residir en Alaska, North Dakota, Montana, South Dakota o Wyoming; o bien
 - ▶ (B)(i) residir en otro estado,
 - ▶ (ii) haber recibido cuidados de salud a través del VA (directamente o en la comunidad) entre el 6 de junio de 2017 y el 6 de junio de 2018; y
 - ▶ (iii) buscar atención antes del 6 de junio de 2020.
- ▶ El VA no puede brindar cuidados dentro de determinados estándares de acceso designados (analizados con mayor detalle a continuación), entre los que se incluyen:
 - ▶ el tiempo promedio que debe conducir hasta un centro médico del VA que pueda brindarle la atención que necesita; y
 - ▶ el tiempo que debe esperar en la cita en ese centro médico del VA
- ▶ Usted y el proveedor clínico que lo refiere deciden que, desde el punto de vista médico, es conveniente que reciba el servicio de salud en la comunidad, en función de los criterios establecidos, incluidos, entre otros:
 - ▶ a distancia entre usted y el centro que podría brindarle el servicio;
 - ▶ la naturaleza del cuidado de salud que necesita;

- ▶ la frecuencia del cuidado de salud que necesita;
 - ▶ el momento en que necesita el cuidado;
 - ▶ el potencial para una continuidad mejorada del cuidado médico;
 - ▶ la calidad del cuidado que recibiría; y
 - ▶ si debe enfrentar inconvenientes inusuales o excesivos al acceder al cuidado de salud a través de un centro del VA.
- ▶ El VA ha determinado que la línea de servicio médico del VA que ofrecería el cuidado que usted necesita brinda un servicio que no se ajusta a los estándares de calidad del VA.

Además, tenga en cuenta la siguiente información sobre elegibilidad para recibir cuidado en la comunidad:

- ▶ En casi todas las circunstancias, debe recibir la aprobación del VA antes de obtener el cuidado a través de un proveedor de la comunidad.
- ▶ A fin de ser elegible para recibir el cuidado en la comunidad, debe estar inscrito en el sistema de salud del VA o ser elegible para recibir cuidados de salud del VA sin necesidad de inscribirse.
- ▶ La elegibilidad para recibir cuidado en la comunidad continúa dependiendo de sus necesidades de cuidados médicos o circunstancias individuales.
- ▶ Si cambia su residencia, debe notificar al VA dentro de los 60 días.
- ▶ Antes de obtener autorización para recibir cuidados, debe brindarle información al VA sobre la cobertura que tenga a través de un contrato con cualquier otro plan de salud, y, si esto cambia, deberá notificar al VA dentro de los 60 días.
- ▶ Por lo general, los miembros del personal del VA toman todas las decisiones relacionadas con elegibilidad.
- ▶ Usted puede apelar las decisiones relacionadas con elegibilidad mediante el proceso de apelaciones para asuntos clínicos.
- ▶ Normalmente, tendrá la opción de recibir atención en un centro médico del VA independientemente de su elegibilidad para recibir cuidado en la comunidad.



¿Qué ocurre si necesito cuidado urgente o sin cita previa?

Usted cuenta con varias opciones para el tratamiento de lesiones y enfermedades menores que no representan una emergencia, como resfriados, esguinces, conjuntivitis y otras infecciones menores. Puede visitar un centro médico del VA para recibir un servicio en el mismo día y es posible que sea elegible para acceder a la red de proveedores de la comunidad del VA a fin de recibir tratamiento. Si decide acceder a la red de proveedores de la comunidad del VA, es posible que deba pagar un copago del VA, y no podrá recibir cuidado preventivo ni tratamiento para afecciones crónicas. Si decide recibir atención en un centro del VA, pagará su copago habitual del VA, y podrá recibir el cuidado y los servicios necesarios que se encuentren en el paquete de beneficios médicos del VA.

Usted es elegible para recibir cuidado urgente/sin cita previa si está inscrito en el sistema de salud del VA y recibió cuidados de salud a través del VA (mediante un proveedor del VA o de la comunidad) durante los 24 meses previos a recibir esta atención. Si es elegible, puede consultar a un proveedor de la red del VA, y recibir atención y cuidados cubiertos sin autorización previa del VA. Los servicios disponibles en cualquier proveedor específico pueden variar según la ubicación.

Para encontrar un proveedor elegible en la red del VA, podrá usar el localizador de proveedores del VA o puede comunicarse con su centro médico local del VA. El personal del VA puede brindarle información sobre las ubicaciones disponibles dentro de la red y ofrecerse a ayudarlo a encontrar las ubicaciones más cercanas con el localizador de proveedores del VA en VA.gov en <https://www.VA.gov/find-locations/>.

IMPORTANTE: Únicamente puede recibir cuidado urgente/sin cita previa si el proveedor es parte de la red de cuidado en la comunidad del VA. Si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total del servicio. Es posible que también sea responsable por esto si el servicio que recibe está fuera del alcance del beneficio cubierto. Finalmente, al momento de su llegada, debe informarle al proveedor que usted está usando su beneficio del VA.

Es posible que deba pagar un copago del VA en el caso de atención urgente/sin cita previa; el monto de este copago es diferente al de otros copagos del VA. Su copago puede depender de su grupo prioritario asignado y de la cantidad de veces que haya usado este beneficio en un año calendario. El VA determinará su copago del VA después de la visita; usted no adeudará un copago del VA al momento de la consulta.

Comuníquese con su centro proveedor del VA para obtener más información sobre la atención urgente. Es posible que pueda recibir una atención similar en su centro médico del VA y, probablemente, el copago será menor que en la comunidad.



¿De qué manera otros cuidados de salud interactúan con los beneficios del VA?

COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

Es posible que usted o su cónyuge obtenga un seguro de salud a través de un empleador, en el mercado privado o en una agencia federal que no sea el VA.

Entre los beneficios de tener un seguro de salud privado se incluyen los siguientes:

Es posible que se reduzcan o eliminen sus copagos del VA.

- ▶ No afecta su elegibilidad para recibir cuidados del VA.
- ▶ Le permite al VA facturarle directamente a la compañía de seguros por la atención en el caso de una condición u enfermedad no relacionada con el servicio.

El VA puede facturarle a su seguro de salud por la el cuidado en el caso de una condición no relacionada con el servicio, ya sea que ese cuidado se reciba directamente del VA o a través de un proveedor de la comunidad. Usted debe brindarle información al VA sobre su cobertura del seguro de salud, incluida la cobertura que se proporciona en virtud de las pólizas de su cónyuge.

Si bien muchos veteranos califican para recibir cuidados de salud gratuitos en función de una condición relacionada con el servicio y compensable por el VA u otras elegibilidades especiales, la mayoría de los veteranos deben completar una evaluación financiera o verificación de ingresos al momento de la inscripción a fin de determinar si califican para recibir cuidados de salud gratuitos. Los veteranos cuyos ingresos superen los límites de ingresos del VA, al igual que los que deciden no completar la evaluación financiera al momento de la inscripción, deben aceptar pagar los copagos del VA necesarios para recibir cuidados de salud a fin de ser elegibles para los cuidados médicos del VA. El monto del copago se basa en el tipo de cuidado de salud que usted recibe y en su situación financiera.

También tiene la opción de usar un Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) para los cuidados médicos y de salud de condiciones no relacionadas con el servicio. Por lo general, los HDHP están vinculados con una Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA), que puede usarse para pagar los copagos del VA. El VA puede facturarle directamente a su compañía de seguros o puede recibir un reembolso por medio de una Cuenta de reembolso de salud (Health Reimbursement Account, HRA) que esté vinculada.

TRICARE

Si usted es elegible para recibir cuidado del VA y TRICARE, y busca tratamiento en un centro médico del VA para condiciones no relacionadas con el servicio, puede elegir si quiere usar sus beneficios del VA o los beneficios de TRICARE para cada visita. Nuestro personal le preguntará qué beneficio desea usar antes de cada visita, y si decide usar los beneficios de TRICARE, usted, como beneficiario, deberá completar un Formulario de confirmación de TRICARE. En muchas ocasiones, los costos y beneficios del VA para las condiciones no relacionadas con el servicio serán diferentes a los costos y beneficios de TRICARE. Los costos compartidos, beneficios y servicios cubiertos variarán según su plan de TRICARE, y nuestro personal puede ayudarlo a determinar la mejor opción para cada visita.

ACUERDOS DE REEMBOLSO PARA EL SERVICIO DE SALUD PARA INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES (IHS) Y EL PROGRAMA DE SALUD TRIBAL (THP)

El VA se ha asociado con el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Service, IHS) y el Programa de Salud Tribal (Tribal Health Program, THP) para brindarles a los veteranos indígenas estadounidenses y nativos de Alaska que resulten elegibles un acceso más fácil a cuidados de salud. El VA ha entrado en acuerdos de reembolso con el IHS y el THP en virtud de los cuales el VA reembolsa al IHS y al THP por los servicios de médicos directos que se brindan a los veteranos elegibles en los centros del IHS y del THP.

Por medio de estos acuerdos de reembolso, los veteranos elegibles pueden esperar lo siguiente:

- ▶ El VA reembolsa al IHS y al THP los costos de los servicios de salud directos que se brindan en el paquete de beneficios médicos del VA.
- ▶ Elección de proveedor: los veteranos elegibles pueden elegir recibir cuidados en un centro médico del IHS, THP o VA.
- ▶ Farmacia: el VA reembolsa a los centros médicos del IHS y del THP por el costo de los medicamentos recetados que se surtan a través del IHS y del THP.
- ▶ Sin copago: los copagos del VA no se aplican a los servicios de cuidados directos que se brinden en un centro médico del IHS o del THP a los veteranos indígenas estadounidenses/nativos de Alaska (American Indian/Alaska Native, AI/AN) en virtud de los acuerdos de reembolso.

Para obtener más información sobre los beneficios de salud y la asociación del VA con los centros de atención médica del IHS y del THP, visite <https://www.VA.gov/communitycare> o envíenos un correo electrónico a tribal.agreements@va.gov.



Algunos veteranos son elegibles para beneficios tanto de TRICARE como del VA; esto se denomina “doble elegibilidad”.

MEDICARE Y MEDICAID

Si bien el VA les factura a otros seguros de salud por el cuidado de condiciones no relacionadas con el servicio, el VA no les factura a Medicare ni a Medicaid por dicho cuidado.

Cuando un veterano recibe cuidado en la comunidad de emergencia para enfermedades no relacionadas con el servicio, el proveedor de la comunidad debe facturarle al otro seguro de salud, incluidos Medicare o Medicaid, antes de facturarle al VA. En estos casos, usted será responsable por cualquier costo compartido, incluidos copagos y deducibles, que requiera el seguro.

Usted puede elegir inscribirse en Medicare por varias razones:

- ▶ Es posible que la elegibilidad para los beneficios de cuidados médicos del VA cambie con el tiempo, por lo que contar con acceso a los beneficios de salud tanto de Medicare como del VA puede brindarle una cobertura de cuidados de salud más sólida.
- ▶ Tener Medicare implica que usted está cubierto si debe ir a un hospital o consultar a un médico que no pertenezcan al VA; así, cuenta con más opciones a la hora de elegir.
- ▶ Si se demora en la inscripción a la Parte B de Medicare (cobertura para médicos y cuidados para pacientes ambulatorios) y, luego, debe inscribirse más adelante porque pierde sus beneficios de cuidados médicos del VA o necesita más opciones de atención, pagará una multa. Esta multa aumenta cada año que demora en inscribirse y la pagará todos los años durante el resto de su vida.
- ▶ Si se inscribe en la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados), podrá usarla para obtener medicamentos de médicos que no pertenezcan al VA y para surtir sus recetas en su farmacia local en lugar de a través del servicio de pedido por correo del VA. Sin embargo, debe saber que la cobertura de medicamentos recetados del VA es mejor que la cobertura de Medicare, y no hay multas por demoras en la inscripción a la Parte D de Medicare.

¿Qué ocurre si tengo un diagnóstico sensible?

Ya no es obligatorio para el VA obtener una autorización por escrito de su parte para divulgar, al momento de la facturación a su seguro de salud privado, información sobre el cuidado médico que recibió en relación con un diagnóstico sensible, que incluye abuso de drogas o alcohol, alcoholismo, VIH/pruebas de VIH y anemia de células falciformes. El VA ha enviado un aviso sobre el cambio, que el VA comenzó a implementar el 28 de enero de 2019, a los veteranos cuyas solicitudes se hayan aceptado en relación con no divulgar esta información al momento de la facturación a sus otros seguros de salud por estas afecciones particulares.

La información sobre diagnósticos sensibles puede incluirse en una reclamación o en las copias del registro médico de un veterano.

¿Cómo uso los estándares de acceso y los estándares de calidad del VA?

El VA está estableciendo estándares de acceso designados en función del tipo de cuidado de salud que usted necesita, cuánto tiene que esperar para recibir ese cuidado y el tiempo promedio que le toma conducir para recibir esa atención. Estos estándares de acceso designados varían en función del tipo de cuidado que usted necesita (cuidado primario, servicios de salud mental, servicios de cuidado extendido no institucional o cuidado especializado). Los estándares de acceso designados definen, por lo general, cuándo el VA debe ser capaz de programar una cita para usted (en el plazo de 20 días a partir de la fecha de solicitud de cuidado primario, cuidados de salud mental o servicios de cuidado extendido no institucional; o en el plazo de 28 días a partir de la fecha de la solicitud) y cuán lejos debe viajar para recibir este cuidado (no más de 30 minutos de tiempo promedio de conducir para cuidado primaria, cuidado de salud mental o servicios de cuidado extendido no institucional; o no más de 60 minutos de tiempo promedio de conducir para cuidado especializado). El VA cuenta con un sistema para calcular el tiempo promedio que le toma conducir al VA. Usted deberá comunicarse con el VA para que podamos determinar si es posible programar una cita para usted con un proveedor del VA de una forma que cumpla con estos estándares de acceso designados. Si el VA no puede programar una cita con un proveedor del VA conforme a los estándares tanto de tiempo de espera como de tiempo promedio que le toma conducir, usted será elegible para cuidado en la comunidad.

Además, el VA está estableciendo estándares de calidad para garantizar que cuidado de salud que usted recibe sea oportuno, efectivo, seguro y centrado en el veterano. Para cada una de estas áreas, mantendremos una vigilancia a medidas de calidad específicas. Cuando hayamos determinado servicio médico del VA no brinda cuidado en cumplimiento de estos estándares de calidad, el VA le notificará que usted tiene la opción de recibir cuidado en la comunidad mientras el VA trabaja para mejorar dicho cuidado médico. Nuestro desempeño en relación con esas medidas de calidad puede seguirse en <https://www.accesstocare.VA.gov> a partir del otoño de 2019.

¿Alguien puede ayudarme si tengo una inquietud o no estoy de acuerdo con mi cuidado de salud?

EL VA SE COMPROMETE A BRINDAR UNA EXPERIENCIA DE CUIDADO DE SALUD EXCELENTE EN CADA OPORTUNIDAD.

Sus necesidades de cuidado de salud y la experiencia que tiene con el VA son muy importantes para nosotros. En ocasiones, la comunicación entre usted y su equipo de cuidado médicos puede ser compleja y provocar malentendidos, o es posible que usted tenga inquietudes que pueden parecer difíciles de resolver. Cuando usted tenga una inquietud sobre la salud o no esté de acuerdo con su equipo o proveedor de salud, tiene derecho a hacer preguntas. Cuanta más información tenga, más fácil será proceder para recibir el tratamiento que necesita.

El primer paso para resolver las preguntas o quejas sobre asuntos clínicos es tratar de trabajar directamente con su equipo de cuidado médico. Su equipo es quien mejor lo conoce a usted y sus necesidades de salud. Pregúntele a su equipo de tratamiento médico con quién puede hablar sobre sus inquietudes. También puede usar My HealthVet en www.myhealth.va.gov/mhv-portal-web/home para comunicarse directamente con su equipo de tratamiento médico sobre su queja.

Si tiene una queja que no puede resolverse directamente con su equipo de tratamiento médico, los centros médicos del VA cuentan con Representantes del Paciente que pueden trabajar con usted para ayudar a resolver las quejas. Los Representantes del Paciente trabajarán en estrecha colaboración con su equipo de tratamiento médico y otros empleados del VA para resolver sus inquietudes y responder sus preguntas en la mayor medida posible. El Representante del Paciente puede ayudarle a usted y a su equipo de tratamiento médico a encontrar una solución al asegurarse de que lo escuchen y de que se aborden sus inquietudes.

Los Representantes del Paciente tienen su información de contacto publicada en todos los centros médicos del VA. También puede encontrar esta información en el sitio web del centro médico local del VA. Las siguientes son otras maneras comunes de ponerse en contacto con el Representante del Paciente:

- ▶ Llame a su centro médico local del VA y pida hablar con un Representante del Paciente.
- ▶ Vaya a la oficina del Representante del Paciente en persona.
- ▶ Comuníquese a través de My HealthVet en www.myhealth.va.gov/mhv-portal-web/home y pida hablar con el Representante del Paciente.

Si no está de acuerdo con una decisión de tratamiento médico que haya tomado su proveedor, y que no puede resolverse, tiene derecho a presentar una apelación para asuntos clínicos. Ejemplos típicos de estos problemas son si un medicamento en particular debería recetarse o no, si un tipo específico de fisioterapia debería ordenarse o no, y decisiones de tratamiento similares a las cuales podría enfrentarse el proveedor que lo trata. Comuníquese con su Representante del Paciente, quien puede ayudarlo a entender el proceso.

Usted puede presentar una solicitud de apelación por escrito a su Representante del Paciente local. Incluya su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, la decisión que está apelando y la fecha en que su proveedor tomó la decisión. Únicamente los veteranos o persona designada por el veterano (health care surrogate) pueden presentar una apelación para asuntos clínicos. A diferencia de las apelaciones de beneficios, una Organización de Servicios para los Veteranos o un abogado no representa a un veterano en este proceso, a menos que se considere que persona designada para tomar decisiones sobre su salud a través de un testamento, una directriz anticipada u otros documentos relacionados.

Para la mayoría de las otras decisiones sobre beneficios de servicios de salud, como el reembolso de cuidado de emergencia, usted tiene 3 opciones para buscar una revisión. Puede presentar una reclamación suplementaria, que requiere evidencia nueva y relevante; puede solicitar una revisión de nivel superior de la misma evidencia por parte de

otro árbitro de la Administración de la Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration, VHA); o puede apelar directamente a la Junta de Apelaciones de Veteranos (Board of Veterans' Appeals). Puede encontrar más detalles en <https://www.va.gov/health/appeals>.

El VA ofrece tres tipos de revisión, pero no todos los tipos de revisión están disponibles en cada caso. A continuación, hay una descripción de cada tipo de revisión y una explicación sobre cuándo está disponible cada tipo.

Este cuadro describe la disponibilidad de las opciones de revisión:

OPCIONES DE REVISIÓN	SOY UN VETERANO, BENEFICIARIO U OTRA PERSONA QUE PAGÓ POR UN TRATAMIENTO PARA VETERANO O BENEFICIARIO	SOY UN PROVEEDOR DE SERVICIOS (SIN CONTRATO)	SOY UN PROVEEDOR DE SERVICIOS (CON CONTRATO)
Reclamación suplementaria	Disponible	No disponible	No disponible. Consultar los términos contractuales
Revisión de nivel superior	Disponible	No disponible	No disponible. Consultar los términos contractuales
Apelación a la Junta	Disponible	Disponible	No disponible. Consultar los términos contractuales

- ▶ **Reclamación suplementaria.** De estar disponible, debe presentar una reclamación suplementaria si la VHA no tiene toda la evidencia para tomar una decisión precisa sobre su reclamación.
- ▶ **Revisión de nivel superior.** De estar disponible, debe presentar una solicitud para revisión de nivel superior si la VHA tiene toda la evidencia necesaria, pero usted desea que la VHA vuelva a analizar la reclamación para ver si se puede respaldar una nueva decisión.
- ▶ **Apelación a la Junta de Apelaciones de Veteranos.** Debe apelar a la Junta de Apelaciones de Veteranos si desea que un juez con experiencia en derecho de veteranos revise su reclamación.

Usted puede recibir ayuda con su reclamación de un abogado o agente de reclamaciones reconocido y acreditado por el VA, o de la Organización de Servicios para los Veteranos (Veterans Service Organization, VSO). Las VSO y sus representantes no tienen permitido cobrar honorarios ni aceptar obsequios por sus servicios. Únicamente los abogados y agentes de reclamaciones acreditados por el VA pueden cobrar honorarios por ayudar en una reclamación de beneficios del VA, y únicamente después de que el VA haya emitido una decisión inicial sobre la reclamación y el abogado o agente de reclamaciones haya cumplido con el poder notarial y los requisitos del acuerdo de honorarios.

¿Dónde puedo obtener más información?

Visite VA.gov para obtener más información y para solicitar la inscripción en el sistema de atención médica del VA, o acceda al Kit de bienvenida del VA en www.va.gov/welcome-kit. Si no tiene acceso a Internet, puede llamar al VA o visitar su centro médico local del VA para obtener más información.

Para obtener información sobre la Ley MISSION, visite www.missionact.VA.gov/.

