

## Ayuda económica para servicios protésicos, equipos médicos duraderos y otros dispositivos de ayuda

Por el personal del NLLIC (Revisado 2008)

Traducción al español: The BilCom Group

*Fact Sheet* · Financial Assistance for Prosthetic Services, Durable Medical Equipment, and Other Assistive Devices

English Version is available in [Library Catalog](#)

Algunas de las preguntas que con mayor frecuencia formulan los amputados que se ponen en contacto con el Centro Nacional de Información sobre Pérdida de Extremidades (NLLIC, por sus siglas en inglés) se relacionan con la cobertura de los costos relativos al ajuste protésico y los servicios derivados de este, y a equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) como sillas de ruedas, rampas y otros equipos adaptados. El proceso de ajuste protésico puede ser muy costoso según la dificultad del caso, la patología y los componentes análogos que se utilicen: pie, tobillo, rodilla, cadera, mano, codo, etcétera. Muchos dispositivos médicos duraderos, como las sofisticadas sillas de ruedas electrónicas, también son muy costosos, y es posible que muchas personas tengan dificultades económicas al intentar obtener estos y otros equipos que necesitan para mantener su independencia. Antes de comenzar a buscar una fuente de financiación, debería tomar dos medidas básicas para marcar el camino que deberá seguir:

1. Determinar qué dispositivo de ayuda necesita: las personas que desean reemplazar equipos viejos u obsoletos, como sillas de ruedas o muletas, deben determinar el artículo específico que necesitan (marca, modelo, fabricante, etc.) y el sitio donde lo adquirirán, y luego deben obtener una receta para el dispositivo. En caso de que se hubieran producido cambios en los niveles de capacidad o discapacidad, consulte con un terapeuta, médico o profesional de rehabilitación para determinar las características necesarias que deberán incluirse. Para las personas que padecen una discapacidad reciente o que necesitan nuevas prótesis, el primer paso fundamental de este proceso consiste en la consulta con médicos y profesionales de rehabilitación.

2. Recopilar información: independientemente de dónde busque ayuda, es importante contar con información organizada. Tener a mano la siguiente documentación le ayudará a evitar frustraciones y demoras innecesarias:

- discapacidad primaria (momento de aparición y causa de la discapacidad);
- discapacidad secundaria (momento de aparición y causa de la discapacidad secundaria);
- antecedentes laborales;
- ingreso familiar bruto;
- gastos mensuales (pagos de renta o hipoteca, servicios públicos, préstamos y facturas pendientes, gastos médicos, etcétera);

Centro Nacional de Información sobre Pérdida de Extremidades, un programa de la Coalición de Amputados de América

900 E Hill Avenue, Suite 205  
Knoxville, TN 37915-2566

Página 1 de 20

1-888-267-5669 (1-888-AMP-KNOW)  
[www.amputee-coalition.org](http://www.amputee-coalition.org)

- información sobre el seguro médico;
- nombre y edad de las personas a su cargo, y parentesco con ellas.

## Cómo confeccionar una declaración de justificación

Algunas fuentes de financiación, especialmente los programas gubernamentales, requieren que el solicitante confeccione una declaración de justificación antes de la asignación efectiva de los fondos. Las compañías de seguros públicas o privadas requieren que el beneficiario previsto, un médico o terapeuta presente una declaración acerca de la necesidad médica de la adquisición. Generalmente, las agencias estatales de rehabilitación profesional requieren que los solicitantes demuestren que el servicio o la tecnología mejorará la capacidad de prepararse para un empleo, obtenerlo o conservarlo. Si no se espera que el solicitante obtenga un empleo, la declaración de justificación debe demostrar que el dispositivo mejorará su independencia.

Otras fuentes de financiación tendrán requisitos específicos propios. El éxito en la obtención de la financiación suele depender de la capacidad del solicitante de cumplir con los requisitos exclusivos de cada agencia. Las fuentes de ayuda económica incluyen desde Medicare y otros seguros, hasta organizaciones sin fines de lucro a nivel nacional y local. A continuación, se incluye un resumen de algunos de los recursos disponibles.

## PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

### *Medicare*

En los Estados Unidos, Medicare es el principal recurso económico para recibir atención protésica. Además de las prótesis, Medicare suele cubrir las sillas de ruedas (tanto las manuales como las motorizadas), los andadores y las muletas. Las rampas, los dispositivos adaptados para conducir automóviles y otros dispositivos no médicos no están cubiertos.

En general, las personas que reúnen los requisitos para recibir Medicare incluyen a:

- las personas de 65 años o mayores que cumplen con los requisitos para recibir los beneficios de jubilación del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios, o sus cónyuges;
- las personas menores de 65 años que hayan recibido los beneficios por discapacidad del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios durante 24 meses;
- las personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o trasplante).

Medicare consta de dos partes. La Parte A, por la que la mayoría de las personas no tienen que pagar, cubre atención hospitalaria o ambulatoria, atención médica a domicilio, cierta atención en residencias de ancianos y cuidados paliativos. Si obtiene una prótesis por medio de uno de estos proveedores, por lo general, el centro le facturará directamente a Medicare, y Medicare le pagará directamente al centro. La Parte B paga los servicios profesionales (médicos y otro tipo de personal médico), proveedores de dispositivos y equipos médicos (incluidas las extremidades artificiales) y ciertos servicios ambulatorios. Si usted recibe atención protésica fuera del ámbito de un centro, su protésico le facturará a la Parte B de Medicare por usted. La mayoría de las personas

pagan una suma mensual por la Parte B. Tenga en cuenta que si no tiene una póliza complementaria de Medicare, deberá hacerse cargo de cualquier copago (por lo general, el 20 por ciento) y suma deducible. Asimismo, es posible que usted deba hacerse cargo de la diferencia que surja entre el cargo de su protésico y la suma que autoriza Medicare.

## Cómo obtener la cobertura de SSD de Medicare

Para las personas menores de 65 años, el principal obstáculo para obtener la cobertura de Medicare para dispositivos de ayuda puede ser obtener la aprobación para recibir los beneficios por Discapacidad del Seguro Social (SSD, por sus siglas en inglés). Aproximadamente, se rechazan entre el 70 y el 75 por ciento de las solicitudes para los beneficios por SSD que se presentan por primera vez. Las claves para recibir los beneficios que le corresponden suelen ser la perseverancia, una detallada documentación de sus antecedentes médicos y la ayuda de un abogado.

Además, la mayoría de los representantes y senadores del Congreso de los Estados Unidos cuentan con asistentes sociales dentro del personal, cuyo trabajo consiste en brindar asistencia a los electores que tienen problemas con agencias y programas federales. Sin embargo, estas oficinas reciben miles de cartas por semana. Para asegurarse de que su correspondencia reciba la atención que merece:

- Consulte las Páginas Azules de la guía telefónica local o visite [www.house.gov/writerep](http://www.house.gov/writerep) para determinar el distrito electoral que le corresponde según su código postal.
- Llame a la oficina local de sus representantes federales para saber si los asistentes sociales se encuentran en el estado o en Washington, D.C.
- Realice una primera llamada telefónica al asistente social para establecer una relación y desarrollar un contacto personal. No obstante, por lo general se requiere una carta escrita para que una oficina obtenga la autorización para iniciar un procedimiento en su nombre.

Ponerse en contacto con la oficina de un representante suele ser suficiente. Sin embargo, si no recibe la ayuda que necesita de parte de una oficina, intente con otra.

Cuando se otorgan los beneficios por discapacidad, por lo general, se realizan pagos en forma retroactiva a la fecha en que apareció la discapacidad o la condición médica que causó la discapacidad. Esta fecha retroactiva también se aplicará al “período de espera” que se requiere para recibir Medicare.

## Códigos L y Modificadores de Nivel II

El sistema “Código L” es el método actual de facturación a Medicare por servicios ortoprotésicos. Es un sistema exclusivo de facturación médica adicional en el que un código de referencia identifica el enfoque básico adoptado, que luego se explica de manera descriptiva. Diversos códigos adicionales que describen las múltiples opciones para pies, rodillas, tobillos y otras tecnologías se combinan con los códigos de referencia para describir en detalle los servicios totales que recibe el paciente y aquellos que cubre Medicare.

Asimismo, el Nivel II, o los “Modificadores K”, ayudan a organizar los componentes y el acceso que a ellos tienen los amputados, de acuerdo con las posibilidades de rehabilitación del paciente según lo que determinen el protésico y el médico que emite la receta. Los criterios que se toman en cuenta para evaluar el nivel funcional incluyen los antecedentes y el estado actual del paciente —incluido el estado en el que se encuentra el muñón y

la naturaleza de otros problemas médicos—, y el deseo del paciente de caminar. Los niveles de clasificación son:

- K0 (Nivel 0): no tiene la capacidad ni la posibilidad de caminar o trasladarse con seguridad, con o sin ayuda, y una prótesis no mejoraría la calidad de vida ni la movilidad.
- K1 (Nivel 1): tiene la capacidad o la posibilidad de utilizar una prótesis para trasladarse o caminar en superficies planas a un ritmo fijo —típico de las personas que caminan dentro del hogar, con y sin limitaciones—.
- K2 (Nivel 2): tiene la capacidad o la posibilidad de caminar, y la habilidad de atravesar barreras ambientales de dificultad leve como bordillos, escaleras o superficies irregulares —típico de las personas que caminan dentro de la comunidad, con limitaciones—.
- K3 (Nivel 3): tiene la capacidad o la posibilidad de caminar a distintos ritmos —típico de las personas que caminan dentro de la comunidad, que pueden atravesar la mayoría de las barreras ambientales y realizar una actividad profesional, terapéutica o física que requiera el uso de una prótesis más allá del simple caminar—.
- K4 (Nivel 4): tiene la capacidad o la posibilidad de utilizar una prótesis que excede de las destrezas básicas de caminar y que presenta un alto nivel de impacto, esfuerzo o energía —típico de las necesidades protésicas de los niños, adultos activos o atletas—.

La siguiente determinación de cobertura para prótesis y componentes seleccionados respecto de los posibles niveles funcionales constituye el caso habitual. Se tienen en cuenta excepciones en casos particulares si se incluye documentación adicional que justifique la necesidad médica. Se rechazan los pedidos de prótesis por falta de necesidad médica si el posible nivel funcional del paciente es “0”.

## Pies

- Las prótesis básicas de extremidad inferior incluyen un pie con tobillo fijo y talón almohadillado (SACH, por sus siglas en inglés).
- Los pacientes con nivel funcional 1 o superior tienen cobertura para la quilla externa, el pie SACH, o el tobillo o pie con eje único.
- Los candidatos al pie con quilla flexible y al tobillo o pie multiaxial deben demostrar un nivel funcional 2 o mayores necesidades funcionales.
- Los pacientes con nivel funcional 3 o superior tienen cobertura para el sistema de pie flexible, pie con almacenamiento de energía, tobillo o pie multiaxial, respuesta dinámica o sistema de ambulación flexible u otro similar.

## Rodillas:

- Las prótesis básicas de extremidad inferior incluyen una rodilla con eje único y fricción constante.
- Los pacientes con nivel funcional 3 o superior tienen cobertura para las rodillas de control hidráulico y neumático.
- Los pacientes con nivel funcional 1 o superior tienen cobertura para otros sistemas de rodillas.

## Tobillos:

- Los pacientes con nivel funcional 2 o superior tienen cobertura para unidades de rotación axial.

A continuación, encontrará algunas políticas generales respecto de la cobertura de los encajes protésicos:

- Los encajes de prueba (diagnóstico) para “prótesis inmediatas” no son necesarios desde el punto de vista médico.
- Más de dos encajes de prueba para una prótesis individual no se consideran necesarios desde el punto de vista médico si no se acompañan de documentación adicional.
- No se permiten más de dos accesorios de encaje iguales por prótesis individual al mismo tiempo.
- Las sustituciones de encajes se consideran necesarias desde el punto de vista médico si se acompañan de la documentación adecuada sobre la necesidad funcional o psicológica. La Aseguradora Regional de Equipos Médicos Duraderos (DMERC, por sus siglas en inglés) reconoce que existen situaciones en las que la explicación incluye, a modo de ejemplo, cambios en el muñón, cambios en las necesidades funcionales, o daño irreparable o desgaste natural producido por el peso excesivo del paciente o las exigencias protésicas de amputados muy activos.

## Cuando se deniega una reclamación

Si se le deniega su reclamación a Medicare, es importante que comprenda por qué fue denegada y cuáles son sus opciones. Por lo general, los motivos de la denegación de las reclamaciones de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y dispositivos protésicos se clasifican en cinco categorías:

1. Falta de necesidad médica: si se denegó su reclamación por este motivo, debería apelar la denegación. El proceso de apelación debe comenzar dentro de los seis meses posteriores a la fecha de tramitación del Aviso de denegación. Existen cinco niveles de apelación:
  - a. Revisión: se inicia el proceso de apelación presentando un formulario 1964 de la Administración de Finanzas de la Atención Médica (HCFA, por sus siglas en inglés) o una carta de petición. Un revisor que no haya participado en la decisión inicial analizará toda la información adicional, junto con todos los originales.
  - b. Audiencia justa: si se confirma la decisión original y su caso se valúa en 100 dólares o más, usted puede presentar por escrito una petición de Audiencia justa dentro de los 120 días de la decisión tomada en la etapa de revisión. Puede solicitar que la audiencia se realice en persona o por teléfono. Se asigna una fecha y un funcionario para la audiencia. Con anterioridad a la fecha de la audiencia, el funcionario llevará a cabo una revisión del caso y de cualquier documentación que se presente para fundamentar la reclamación, lo cual quedará asentado. El funcionario tiene la autoridad de concluir el caso en ese momento o, si la revisión no es favorable, de continuar para llevar a cabo la audiencia programada.
  - c. Juez con competencia administrativa: las reclamaciones que se deniegan en la Audiencia justa y se valúan en más de 500 dólares pueden proseguir a este nivel. Se debe presentar la petición por escrito dentro de los 60 días de emitida la decisión en la Audiencia justa.
  - d. Consejo de apelación y Revisión judicial: las reclamaciones deben estar valuadas en más de 1000 dólares para que puedan proseguir a estos niveles, y cada una de ellas requiere que la

presentación se haga dentro de los 60 días de la decisión previa. Las reclamaciones que son denegadas en la etapa de revisión y no alcanzan el límite en dólares establecido para el siguiente nivel no disponen de más opciones de apelación.

- e. Cada uno de los niveles de apelación de su reclamación implica un nuevo grupo de personas. Si bien es posible presentar documentación adicional en cualquier nivel, es importante que no omita ningún material presentado con anterioridad. Lo más conveniente es verificar personalmente que toda la información revisada previamente se transfiera al siguiente nivel.
2. Servicios no cubiertos: Medicare ha excluido estos artículos de su lista de servicios cubiertos y no se dispone de ningún proceso de apelación.
  3. Información incompleta: muchas reclamaciones se devuelven por falta de información. El código asignado al motivo en su formulario de Aviso de denegación no especificará qué información falta, de manera que usted deberá prestar mucha atención a cada detalle para asegurarse de no pasar nada por alto. El código No especificado de otro modo (NOS, por sus siglas en inglés), que se utiliza cuando se proporciona un servicio que no puede describirse con un código existente, es otra causa de la denegación de reclamaciones. A estos códigos se les debe adjuntar la documentación adecuada para que Medicare pueda determinar la conveniencia del procedimiento o dispositivo y su nivel de reembolso.
  4. Presentación doble: las reclamaciones denegadas por este motivo deberían ser investigadas de inmediato. Póngase en contacto con Medicare para saber por qué se adujo este motivo. Si efectivamente se presentó dos veces la reclamación, averigüe qué sucedió con la reclamación original.
  5. No pagadero por separado: las reclamaciones que fueran denegadas por considerarse que el servicio estaba incluido en otro código, por lo general, no se pueden apelar. Si piensa que la interpretación es incorrecta, puede presentar su caso al ombudsman, cuya tarea consiste en ayudarlo con los casos difíciles.

El personal administrativo de su proveedor será su principal fuente de ayuda con las apelaciones y posteriores presentaciones de las reclamaciones denegadas. Lo más conveniente será que ellos hagan esto por usted. En caso de ser necesario, puede pedirles que se encarguen de esta tarea. Para poder proporcionarle este servicio, su proveedor necesitará su firma autorizando al personal a representarlo en toda revisión de reclamaciones que sea necesaria.

Si tiene alguna pregunta acerca del Seguro Social, llame al número gratuito 1-800-772-1213 o ingrese en su sitio web y realice una búsqueda de oficina local en <https://s044a90.ssa.gov/apps6z/FOLO/fo001.jsp>.

## ***Medicaid***

Medicaid es un proyecto financiado conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos estatales, cuyo fin es brindar asistencia a los estados para que proporcionen atención médica a las personas que cumplen con los requisitos. Dentro de las amplias pautas que fija el gobierno federal a nivel nacional, cada uno de los estados:

- establece sus propios requisitos para recibir la cobertura;
- determina el tipo, la cantidad, la duración y el alcance de los servicios;
- fija la tarifa correspondiente al pago de los servicios;
- administra su propio programa.

De este modo, los requisitos para poder recibir Medicaid y los servicios cubiertos por Medicaid varían considerablemente de un estado a otro, así como dentro del mismo estado con el correr del tiempo. Lamentablemente, no existe obligación para cubrir la atención protésica, por lo tanto, esta cobertura puede ser de razonablemente buena a inexistente.

Para cumplir con los requisitos para recibir fondos federales, los estados deben brindar cobertura de Medicaid a la mayoría de las personas que reciben pagos para el mantenimiento de ingresos otorgados por medio de la asistencia federal, así como a los grupos relacionados que no reciben pagos en efectivo. Algunos ejemplos de los grupos que obligatoriamente deben tener acceso a Medicaid son:

- familias de bajos ingresos con niños;
- destinatarios del Ingreso Complementario administrado por el Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés);
- niños cuyas madres cumplieron los requisitos para recibir Medicaid durante el embarazo;
- niños menores de 6 años y mujeres embarazadas cuyos ingresos familiares sean equivalentes o inferiores al 133 por ciento del nivel de pobreza federal (se exige que los estados extiendan los requisitos para recibir Medicaid hasta los 19 años para todos los niños nacidos con posterioridad al 30 de septiembre de 1983);
- destinatarios de programas de ayuda por adopción y cuidado de crianza temporal;
- ciertos beneficiarios de Medicare;
- grupos protegidos especiales que pueden conservar Medicaid por un tiempo, entre los que se incluyen: las personas que perdieron pagos del SSI por haber obtenido ingresos laborales o mayores beneficios del Seguro Social; y las familias a las que se les otorga cobertura de Medicaid durante 6 a 12 meses por no continuar cumpliendo con los requisitos para recibir dicha cobertura —en virtud de la sección 1931— por haber obtenido ganancias, o cobertura de Medicaid durante 4 meses por no continuar cumpliendo con los requisitos para recibir dicha cobertura —en virtud de la sección 1931— por la obtención de mayor ayuda familiar (hijo o cónyuge).

Para aquellas personas que cuentan con demasiados ingresos como para cumplir con los requisitos obligatorios para recibir la cobertura o los requisitos adoptados por sus estados, muchos estados cuentan con un programa para personas con “necesidades médicas”. Esta opción les permite deducir las facturas médicas de sus ingresos y poder cumplir así con los requisitos para recibir Medicaid. Para ello deben incurrir en gastos médicos o de atención terapéutica para compensar el exceso de ingresos o deben pagar al estado primas mensuales por una cifra equivalente a la diferencia entre el ingreso familiar y el ingreso requerido para recibir Medicaid.

Para obtener información acerca de la versión del programa de Medicaid disponible en su estado, póngase en contacto con la agencia administradora de su estado que, generalmente, es el Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Departamento de Servicios Humanos o el Departamento de Asistencia Médica. Puede encontrar los números telefónicos de estas agencias en las Páginas Azules de la guía telefónica. También puede visitar [www.cms.hhs.gov/RegionalOffices](http://www.cms.hhs.gov/RegionalOffices) para obtener un listado regional de las oficinas de Medicaid.

## **Cómo pagar los costos correspondientes a atención médica**

La mayoría de los costos correspondientes a atención médica estarán cubiertos si tiene Medicare y si cumple con los requisitos para recibir Medicaid. Los estados también cuentan con programas que pagan todas las primas de Medicare, o algunas de ellas, y también pueden pagar los deducibles y el coseguro de Medicare de ciertas personas que tienen Medicare y cuyos ingresos son bajos. Los requisitos que usted debe cumplir son:

- tener la Parte A (seguro de hospital);
- poseer bienes como cuentas bancarias, acciones y bonos que no excedan de 4,000 dólares por persona o de 6,000 dólares por pareja;
- percibir un ingreso mensual inferior a ciertos límites.

Asimismo, existen programas de asistencia para adquirir fármacos de venta con receta. Dichos programas ofrecen descuentos o medicamentos gratuitos a personas necesitadas. Para obtener más información sobre estos programas, llame a la oficina de asistencia médica más cercana. Puede encontrar el número en la guía telefónica buscando Medicaid, Servicios Sociales (*Social Services*), Asistencia Médica (*Medical Assistance*), Servicios Humanos (*Human Services*) o Servicios Comunitarios (*Community Services*); o bien, puede llamar a la línea de información de Medicare al 1-800-633-4227 (1-800-MEDICAR); un representante del servicio de atención al cliente de Medicare puede ayudarle a encontrar la oficina apropiada dentro de su estado.

## ***Administración de Veteranos de Guerra***

La Administración Sanitaria de Veteranos de Guerra (VHA, por sus siglas en inglés) brinda un amplio espectro de atención de rehabilitación a sus beneficiarios, incluida una amplia gama de prótesis, dispositivos de movilidad como sillas de ruedas y dispositivos adaptados para conducir automóviles. Además de la cobertura para los veteranos, la VA brinda beneficios de atención médica necesarios, incluidos dispositivos protésicos, equipos médicos y suministros para algunos hijos de veteranos de la Guerra de Vietnam (que padecen, por ejemplo, espina bífida o alguna discapacidad relacionada). Asimismo, los veteranos también pueden recibir beneficios de atención médica de la VA, incluidos equipos médicos y prótesis, por medio de la participación en el programa de rehabilitación laboral de la VA. Los veteranos que se encuentran fuera de los Estados Unidos, con algunas excepciones, solo cumplen con los requisitos para recibir prótesis, equipos médicos y suministros por discapacidades relacionadas con el cumplimiento de sus funciones.

Para poder inscribirse para recibir atención médica, usted debe:

- haber sido dado de baja del servicio militar activo en condiciones honorables;
- haber servido durante un mínimo de dos años en caso de haber sido dado de baja con posterioridad al 7 de septiembre de 1980 (con anterioridad a esta fecha no hay límite de tiempo);
- haber servido como miembro o reservista de la Guardia Nacional durante todo el período en el que fue llamado al servicio activo, a diferencia de haber participado con fines de entrenamiento exclusivamente.

La inscripción para recibir atención médica de la VA es un nuevo sistema que le permite tener acceso a un paquete de servicios integral. Si desea utilizar el sistema de atención médica de la VA, debe completar el formulario 10-10EZ de la VA, salvo que:

- la VA califique su discapacidad como una discapacidad del 50 por ciento o más, adquirida en cumplimiento de sus funciones;
- haya transcurrido menos de un año desde que usted fuera dado de baja del servicio militar por una discapacidad que las fuerzas militares determinaran que fue adquirida o se agravó en el cumplimiento del deber, y aún no hubiera sido calificada por la VA;
- usted busque atención de la VA exclusivamente para una discapacidad relacionada con el cumplimiento de sus funciones.

Para obtener el formulario 10-10EZ puede ponerse en contacto, personalmente, telefónicamente o por correo, con cualquiera de los centros de atención médica o las oficinas de beneficios para veteranos de guerra de la VA,

o bien, llamando al número gratuito 1-877-222-8387 (1-877-222-VETS). También podrá encontrar el formulario en Internet en [www.va.gov/vaforms](http://www.va.gov/vaforms).

Debe enviar el formulario al centro de atención médica de la VA más cercano para su tramitación. Una vez que solicite la inscripción y se verifiquen los requisitos de su solicitud, se le asignará un grupo de prioridad (del 1 al 7, en el que 1 supone la máxima prioridad para la inscripción) de acuerdo con su nivel específico de cumplimiento de los requisitos. Se revisará y renovará la inscripción en forma anual, de acuerdo con su grupo de prioridad y los recursos disponibles. Si la VA no dispone de fondos suficientes para renovar por otro año la inscripción de su grupo de prioridad, se le notificará por escrito con anterioridad a que venza el período de inscripción. En virtud del Paquete de Beneficios Uniformes (*Uniform Benefits Package*), por lo general, todos los veteranos inscritos disponen de los mismos servicios, incluido el tratamiento para discapacidades relacionadas con el cumplimiento de las funciones o no.

Las extremidades artificiales deberán ser recetadas por un médico o podólogo designado del Equipo Clínico para Amputados o el Representante Protésico de la VA. Los dispositivos pueden ser fabricados y ajustados en hospitales o clínicas de la VA, centros protésicos privados adheridos a la VA o, en ciertas circunstancias, por protésicos no adheridos a la VA. Si bien la VA prefiere que los pacientes utilicen los centros de la VA o los centros privados adheridos a la VA, los veteranos que anteriormente hubieran recibido extremidades artificiales de fuentes comerciales pueden continuar recibiendo dichos servicios de protésicos no adheridos a la VA, en tanto y en cuanto el protésico acepte la tarifa de los proveedores preferidos de la VA para la zona geográfica correspondiente. Los veteranos también pueden recibir servicios de proveedores no adheridos a la VA cuando una extremidad o un componente recetado no se encuentre disponible a través de la VA o los centros adheridos.

Pueden proporcionarse extremidades artificiales para fines recreativos, que permiten que los amputados participen en actividades recreativas o atléticas específicas. A continuación, encontrará pautas generales respecto de la expedición de aparatos protésicos para fines recreativos:

- El médico o podólogo del Equipo Clínico para Amputados debe recetar la prótesis.
- La receta debe indicar los beneficios terapéuticos, psicológicos o de rehabilitación que se esperan o que se lograrán con la participación en la actividad especializada. La receta también debe indicar que una prótesis convencional que se utiliza a diario no es apropiada para usar en la actividad recreativa, ya sea por factores ambientales que afectarían la prótesis o por la falta de una función especializada en la prótesis convencional que se requiere para la actividad.

Para obtener más información, visite el sitio web de la VA en [www1.va.gov/health](http://www1.va.gov/health) o llame al Centro de Servicios de Beneficios de Atención Médica de la VA al número gratuito 1-877-222-8387 (1-877-222-VETS).

## **TRICARE**

TRICARE es el programa de atención médica a nivel mundial del Departamento de Defensa destinado a los miembros uniformados en servicio activo o retirados y a sus familias. Las opciones de TRICARE incluyen TRICARE Prime, una opción de atención médica administrada; TRICARE Extra, una opción de proveedores preferentes; y TRICARE Standard (el ex programa CHAMPUS), una opción de honorarios por servicio. TRICARE for Life también está disponible para beneficiarios de 65 años o mayores que cumplan con los requisitos para recibir Medicare.

Los familiares que pueden recibir estos planes incluyen a:

- cónyuges e hijos solteros, incluidos los hijastros;
- hijos menores de 21 años (23 si son estudiantes a tiempo completo) de miembros en servicio activo o retirados;
- viudos que no se hayan vuelto a casar e hijos solteros de miembros del servicio que fallecieron;
- cónyuges e hijos solteros de reservistas o reservistas retirados;
- miembros condecorados con Medallas de Honor y sus familiares;
- cónyuges de miembros en servicio activo o retirados, en ciertas circunstancias.

Los padres y suegros a cargo de los miembros uniformados solamente tienen acceso a TRICARE Plus, un programa de inscripción para recibir atención médica primaria en un centro de tratamiento militar (MTF, por sus siglas en inglés) local, que puede proporcionarles cobertura para servicios de atención primaria. También pueden acceder al Programa de Farmacia para Personas Mayores (*Senior Pharmacy Program*) si cumplen con todos los requisitos. A continuación, encontrará un breve resumen de los programas de TRICARE disponibles:

TRICARE Prime es similar a una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés). Los inscritos en el programa Prime eligen un Administrador de Atención Primaria (PCM, por sus siglas en inglés). El PCM se convierte en el médico de cabecera del beneficiario mientras dure su inscripción en el programa, a menos que el beneficiario lo cambie poniéndose en contacto con un Representante del Servicio para Beneficiarios en su Centro de Servicios de TRICARE. Los militares retirados y los familiares a su cargo pagan una tarifa de inscripción anual de 230 dólares por persona o de 460 por familia. Los familiares de miembros en servicio activo se inscriben en forma gratuita, y los miembros en servicio activo deben inscribirse en el programa Prime. Los familiares de miembros en servicio activo, los retirados y sus familiares no necesariamente deben inscribirse en el programa Prime, pero se les incentiva a hacerlo.

TRICARE Prime ofrece diversos beneficios:

- inscripción sin cargo, sin deducibles ni copagos para los miembros en servicio activo y sus familiares;
- tarifa de inscripción de 230 dólares (460 dólares por familia) y copagos mínimos para miembros retirados;
- límites para el tiempo de espera para obtener citas;
- límites para la distancia entre el hogar y el sitio donde se recibe la atención médica;
- límite de 30 minutos de espera en el consultorio para visitas que no sean de emergencia.

Prime ofrece, además, una opción de “punto de servicio” para la atención médica que se obtenga fuera de la red de TRICARE Prime; sin embargo, no se incentiva a los beneficiarios a solicitar atención a un proveedor no adherido.

Los miembros que cumplen una asignación permanente (y tienen residencia permanente) a 50 millas (80.47 kilómetros) o más de un MTF u otras fuentes de atención médica militar cumplen con los requisitos para TRICARE Prime Remote (TPR, por sus siglas en inglés). El plan TPR brinda atención médica sin cargo a los miembros en servicio activo. Un nuevo beneficio provisorio de Exención de Cargos para los familiares prescinde de los gastos que ellos deben pagar de su bolsillo. El plan TPR solamente está disponible en los Estados Unidos.

TRICARE Extra y TRICARE Standard son ideales para personas que prefieren tener mayor flexibilidad respecto de la elección del médico, puesto que los beneficiarios no tienen que elegir un médico Administrador de Atención Primaria (PCM) y pueden ser atendidos por cualquier proveedor autorizado por TRICARE. TRICARE Extra y Standard no tienen ni requieren tarifas ni formularios de inscripción. Los beneficiarios son

responsables de los deducibles anuales y de los costos compartidos. Los deducibles ascienden a 50 ó 100 dólares por año, por persona y a 150 ó 300 por familia, de acuerdo con el grado del miembro del servicio. El máximo gasto de bolsillo por año de inscripción o año fiscal es de 3000 dólares.

TRICARE Extra es una opción de proveedores preferentes (PPO, por sus siglas en inglés) por la cual los beneficiarios eligen proveedores médicos dentro de la red de proveedores de TRICARE. TRICARE Standard es una opción de honorarios por servicio, que le permite consultar a un proveedor autorizado de su elección. Las personas que utilizan los servicios de un proveedor civil y están conformes con él suelen elegir esta opción. Sin embargo, los costos compartidos son un 5 por ciento más altos, además de la diferencia entre el cargo admisible por TRICARE y el cargo facturado por el médico.

TRICARE For Life (TFL) es para los beneficiarios que cumplen con los requisitos para recibir Medicare. Estos beneficiarios no pueden acceder a TRICARE Prime, pero sí cumplen con los requisitos para consultar a proveedores dentro y fuera de la red, según tengan TRICARE Extra o Standard. No se cobra ninguna tarifa de inscripción para TRICARE For Life. Usted debe inscribirse en la Parte B de Medicare y pagar las tarifas mensuales de la Parte B de Medicare. Los inscritos también pagan costos compartidos por los servicios que Medicare no abona. Los siguientes grupos cumplen con los requisitos para inscribirse en el TFL:

- retirados de los servicios uniformados que cumplen con los requisitos para recibir Medicare, incluidos los miembros y reservistas retirados de la Guardia Nacional;
- familiares que cumplen con los requisitos para recibir Medicare, incluidos viudos/as;
- algunos ex cónyuges si cumplen con los requisitos para recibir TRICARE antes de los 65.

El Programa de Beneficios de Atención Médica Continua (*Continued Health Care Benefit Program*, CHCBP) brinda, en forma temporal, los mismos beneficios que TRICARE Standard al personal militar que es dado de baja o licenciado del servicio activo (en condiciones que no sean adversas). Los familiares, hijos emancipados y, en algunos casos, los ex cónyuges que no se hayan vuelto a casar también cumplen con los requisitos para tener acceso al programa. Se dispone de la cobertura del CHCBP durante 18 meses. Un hijo soltero a su cargo o un ex cónyuge que no se haya vuelto a casar puede cumplir con los requisitos para una cobertura de 36 meses. Tradicionalmente, usted debe inscribirse durante el período de 60 días que comienza en el momento de la baja o de la pérdida de los requisitos de acceso a la atención en el Sistema de Servicios Sanitarios Militares para poder recibir los beneficios. Las primas para esta cobertura son de 933 dólares por trimestre, por persona, y de 1,996 dólares por trimestre, por familia. Los beneficios del CHCBP son comparables con los beneficios de TRICARE Standard, que cubre la mayoría de las condiciones médicas, ofrece los servicios de los proveedores de TRICARE y cumple con la mayoría de las normas y procedimientos de TRICARE Standard. Para obtener más información acerca de este programa, puede visitar [www.humana-military.com/chcbp/main.htm](http://www.humana-military.com/chcbp/main.htm) o ponerse en contacto con:

Humana Military Healthcare Services, Inc.

Atn.: CHCBP

PO Box 740072

Louisville, KY 40201

1-800-444-5445

Para obtener más información acerca de cualquiera de los programas de TRICARE, póngase en contacto con el Centro de Servicios de TRICARE o visite la página web de TRICARE del Ejército en [www.tricare.osd.mil](http://www.tricare.osd.mil) o la página de TRICARE de los Administradores de Beneficios Gubernamentales Palmetto en [www.mytricare.com](http://www.mytricare.com).

## ***Rehabilitación laboral***

La mayoría de los estados cuentan con programas de rehabilitación laboral que brindan asistencia para que las personas que han perdido una extremidad o tienen otras discapacidades obtengan un empleo y lo conserven; o si se indica una prótesis u otro dispositivo adaptado como ayuda para la vida cotidiana. Los requisitos y servicios de estos programas varían enormemente entre un estado y otro. Algunos pueden financiar la atención protésica en caso de que se determine que es necesaria para el empleo o de que el dispositivo permita mayor independencia. Suelen entregarse dispositivos de ayuda, como sillas de ruedas, elevadores y equipos adaptados para conducir automóviles, con el fin de permitir que la persona llegue al lugar de trabajo. Por lo general, también se proporcionan dispositivos que son necesarios para el trabajo.

Puede encontrar el número telefónico de la oficina de rehabilitación laboral de su estado en las Páginas Azules de la guía local. También puede realizar una búsqueda en Internet para obtener información de contacto y enlaces al sitio web de la agencia de rehabilitación laboral de su estado, que deberían proporcionar información general acerca de los servicios. También puede encontrar información acerca del programa de rehabilitación laboral de su estado si ingresa en el siguiente sitio web: [www.jan.wvu.edu/SBSES/VOCREHAB.HTM](http://www.jan.wvu.edu/SBSES/VOCREHAB.HTM).

## ***Proyectos estatales de ayuda tecnológica***

Este programa, originalmente financiado en virtud de la Ley de Ayuda Tecnológica para Personas con Discapacidades (*Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act*) de 1988, brinda una completa ayuda tecnológica a nivel estatal para personas, de todas las edades, que padezcan discapacidades. Normalmente, los proyectos estatales brindan asistencia para elegir y adquirir equipos, tanto si son adquiridos directamente en un comercio como si son modificados o hechos a medida, que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar la capacidad funcional de las personas con discapacidades. Cada estado, en tanto cumpla con las pautas federales, decide qué servicios proveerá. Algunos servicios que suelen brindarse son:

- información y remisión;
- demostración de cómo funciona un producto determinado;
- reciclado de equipos y programas de préstamos;
- modificación de dispositivos;
- programas de préstamos a bajo interés;
- ayuda legal para obtener financiación para adquirir dispositivos.

Algunos programas estatales brindan ayuda económica directa a personas que necesitan diversos tipos de equipos adaptados, incluidas las prótesis, y algunos cuentan con programas de préstamos; otros no proporcionan ningún tipo de financiación para las personas. La mayoría de los programas sí cuentan con servicios informativos y de remisión, y pueden indicarle cuáles son las fuentes locales de ayuda económica para las que usted cumple con los requisitos. También puede encontrar el número telefónico del programa de su estado en las Páginas Azules de la guía local. Puede encontrar un listado completo de los proyectos estatales de ayuda tecnológica, con sus respectivos datos de contacto y enlaces a las páginas web, en el sitio web de la Sociedad Norteamericana de Ingeniería en Rehabilitación y Ayuda Tecnológica (*Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America, RESNA*) en [www.resna.org/taproject/at/statecontacts.html](http://www.resna.org/taproject/at/statecontacts.html).

## ***Protección y Defensa de Derechos, y Programa de Ayuda para Clientes***

En un esfuerzo por dar una respuesta a las protestas públicas surgidas a raíz de la falta de programación en las instituciones para personas con discapacidades, y el abuso y descuido que estas sufren, el Congreso ha creado un sistema que, en todos los estados y territorios, protege los derechos de las personas con discapacidades por medio de ayuda legal. En todos los estados, los gobernadores designaron una agencia para que funcione como sistema de Protección y Defensa de Derechos (*Protection & Advocacy*, P&A) y garantizaron que el sistema era y continuaría siendo independiente de cualquier proveedor de servicios. Este sistema federal obligatorio incluye diversos programas. Es muy probable que los que serán de más ayuda para las personas con pérdida de extremidades sean:

- Programa de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas (*Protection and Advocacy for Individual Rights*, PAIR): establecido para proteger y defender los derechos legales y humanos de todas las personas con discapacidades.
- Programa de Protección y Defensa de los Derechos para la Ayuda Tecnológica (*Protection & Advocacy for Assistive Technology*, PAAT): creado para ayudar a las personas con discapacidades y a sus familiares, tutores, defensores y representantes autorizados para que puedan acceder a dispositivos tecnológicos y servicios de ayuda tecnológica por medio de la gestión de casos clínicos, la representación legal y la capacitación para defender los propios derechos.

El Programa de Ayuda al Cliente (*Client Assistance Program*, CAP) fue establecido por las Reformas de 1984 a la Ley de Rehabilitación (*Rehabilitation Act*) como condición para recibir las asignaciones en virtud de la Sección 110. Los servicios del CAP incluyen ayuda para llevar adelante recursos administrativos, legales u otros recursos apropiados que garanticen la protección de las personas que reciben o buscan servicios en virtud de la Ley de Rehabilitación.

Si ha recibido servicios poco satisfactorios o le han denegado servicios sobre los que creía tener derecho en virtud de programas de financiación federal, los programas P&A o CAP de su estado deberían brindarle asistencia. Es posible que los números telefónicos de estas agencias no se encuentren disponibles en la guía telefónica local. Llame a la Administración de Servicios de Rehabilitación al 1-202-245-7488 o visite su sitio web en [www.ed.gov/about/offices/list/osers/rsa](http://www.ed.gov/about/offices/list/osers/rsa).

## ***Seguro privado***

La cobertura de atención protésica y equipos médicos duraderos varía mucho entre una compañía de seguros y otra, y también puede diferir entre las diversas pólizas ofrecidas por una misma compañía. La cobertura puede abarcar desde todos los dispositivos necesarios desde el punto de vista médico de por vida hasta la ausencia total de cobertura. Aunque es imposible ofrecer información específica sobre muchas de las compañías de seguros médicos que operan actualmente, hay algunos aspectos básicos que deben tenerse en cuenta a la hora de elegir una póliza de seguros. Debería preguntar por:

- los requisitos para recibir la cobertura;
- las cláusulas sobre condiciones preexistentes;
- los dispositivos con cobertura (consiga alguna garantía escrita para asegurarse de que las extremidades artificiales estén cubiertas);
- los límites de cobertura;
- los límites en el número de artículos cubiertos por año o de por vida;
- el porcentaje del pago (debería ser, al menos, comparable al de Medicare);
- la red de proveedores preferentes (averigüe si está incluido su protésico actual).

El Instituto de Política de Salud de la Universidad de Georgetown (Georgetown University Health Policy Institute) cuenta con el sitio web [HealthInsuranceInfo.net](http://HealthInsuranceInfo.net), que brinda información sobre las reglamentaciones en materia de seguros de todos los estados.

[www.healthinsuranceinfo.net](http://www.healthinsuranceinfo.net)

Muchas compañías de seguros médicos tienen su propio sitio web con información específica sobre las pólizas que ofrecen. Además, hay varios sitios web que informan y ayudan a los consumidores a comparar compañías y pólizas de seguros médicos. Algunas de estas son:

- Insure.com: [www.insure.com/health](http://www.insure.com/health)
- INSWEB: [www.insweb.com](http://www.insweb.com)
- netQuote: [www.netquote.com](http://www.netquote.com)

## Problemas con los seguros

Si tiene problemas para obtener la cobertura de su compañía de seguros a la que tiene derecho, la fuente de ayuda más valiosa es el departamento de seguros de su estado. Esta oficina está ubicada en la capital de cada estado y el número telefónico debe aparecer en las Páginas Azules de la guía telefónica local. Los supervisores de seguros pueden tomar medidas contra las compañías, los agentes y los corredores de seguros. Están autorizados para llevar a cabo investigaciones, obtener documentos relacionados con su caso, dar órdenes, celebrar audiencias, y suspender y revocar permisos. También puede encontrar los datos de contacto del departamento de seguros de su estado en el sitio web de la Asociación Nacional de Supervisores de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) en [www.naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://www.naic.org/state_web_map.htm).

## Programas de descuentos médicos

Los programas de descuentos médicos son relativamente nuevos en el panorama de la atención médica. Estas compañías negocian con los proveedores PPO para que sus miembros reciban descuentos en productos y servicios médicos, desde fármacos de venta con receta y consultas médicas hasta atención en residencias de ancianos. Aunque el equipo médico duradero suele estar incluido en los paquetes de beneficios ofrecidos por estos programas, normalmente no se menciona de forma específica la atención protésica.

Las ventajas de estos programas para los proveedores son: el pago inmediato, menos trámites burocráticos y menos “papeleo” a la hora de obtener la aprobación de pagos por los servicios proporcionados. Las ventajas para el paciente son: descuentos en las tarifas médicas, ausencia de deducibles y cláusulas sobre condiciones preexistentes, uso ilimitado de los servicios, ausencia de formularios de reclamaciones que completar y “primas” o cargos relativamente bajos.

La mayoría de las compañías hacen hincapié en que no se trata de un seguro y no debería reemplazar su actual seguro. Sin embargo, para aquellas personas que no pueden ser aseguradas o no pueden permitirse una póliza de seguros, ésta puede ser una alternativa que merece la pena investigarse. Puesto que la mayoría de estas compañías son relativamente nuevas y no cuentan con un amplio historial, sería prudente verificar exhaustivamente cualquier compañía antes de comprometerse a nada. Lea la letra pequeña, asegúrese de que hayan respondido a todas sus preguntas de forma satisfactoria, y considere la posibilidad de consultar a la Oficina de Buenas Prácticas Comerciales (Better Business Bureau) para comprobar si se ha registrado alguna queja.

## *Organizaciones sin fines de lucro*

Las siguientes organizaciones proporcionan ayuda a personas que, en otras circunstancias, no podrían permitirse pagar por atención protésica. Algunas también proporcionan otros servicios. Cada organización tiene su propio método de prestación de servicios y requisitos para recibir la cobertura. Si no reúne los requisitos para inscribirse en un programa, quizás sí los cumpla para otro, así que ¡no se rinda!

### **Ángeles con Extremidades**

289 Broadway  
Long Branch, NJ 07740  
1-732-222-2500  
info@angelswithlimbs.com  
[www.angelswithlimbs.org](http://www.angelswithlimbs.org)

(Únicamente en Nueva Jersey) Ángeles con Extremidades (Angels with Limbs) es una sociedad benéfica sin fines de lucro, que solicita extremidades artificiales en desuso para reciclar los componentes ortopédicos utilizables con el fin de fabricar prótesis nuevas destinadas a amputados de Nueva Jersey que las necesitan y no cuentan con seguro o tienen una cobertura muy limitada.

### **Fundación Barr**

136 NE Olive Way  
Boca Raton, FL 33432  
1-561-391-7601  
foundation@t-barr.com  
[www.oandp.com/resources/organizations/barr/](http://www.oandp.com/resources/organizations/barr/)

Este fondo subvenciona los materiales y el ajuste de prótesis nuevas después de que el protésico haya comprobado que no existen otras fuentes de financiación disponibles. La Fundación Barr (Barr Foundation) también acepta dispositivos protésicos usados. Para obtener más información, llame a la Fundación Barr.

### **Fundación Banco de Extremidades Bowman Siciliano**

100 Spanish Oak RD  
Weatherford, Texas 76087  
1-817-597-1826  
[LimbBank@danabowman.com](mailto:LimbBank@danabowman.com)  
[www.danabowman.com/danabowman122006\\_032.htm](http://www.danabowman.com/danabowman122006_032.htm)

La Fundación Banco de Extremidades Bowman Siciliano (Bowman Siciliano Limb Bank Foundation) actúa como un recurso preparado en materia de extremidades protésicas al que pueden recurrir aquellas personas que las necesiten. Es una organización sin fines de lucro, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de extremidades artificiales en los países en vías de desarrollo y aquí en los Estados Unidos donde no se dispone de financiación tradicional.

### **Fundación de Atletas Discapacitados**

11199 Sorrento Valley RD, STE C  
San Diego, CA 92121  
1-858-866-0959

caf@challengedathletes.org  
[www.challengedathletes.org](http://www.challengedathletes.org)

La Fundación de Atletas Discapacitados (Challenged Athletes Foundation) recauda dinero para ayudar a las personas con discapacidades físicas a llevar un estilo de vida activo a través una buena condición física y el atletismo competitivo.

### **Fundación Vida sin Limitaciones**

P.O. Box 96  
Lake Bluff, IL 60044  
847/946-8306  
limbitions@comcast.net  
[www.lifewithoutlimbitions.org](http://www.lifewithoutlimbitions.org)

La Fundación Vida sin Limitaciones (Life Without Limbitions Foundation) es una organización sin fines de lucro que se dedica a brindar atención protésica a personas, sobre todo niños, que no tienen la posibilidad de recibirla de otro modo. La Fundación también se ocupa de concienciar acerca de los desafíos que deben enfrentar los amputados. En la actualidad, la Fundación brinda ayuda únicamente en los Estados Unidos.

### **Fundación Extremidades por la Vida**

5929 N May, STE 511  
Oklahoma City, OK 73112  
1-405-843-5174 ó 1-888-235-5462 (número gratuito)  
admin@limbsforlife.org  
[www.limbsforlife.org](http://www.limbsforlife.org)

Todos los candidatos que reúnan los requisitos recibirán financiación parcial o total de la Fundación Extremidades por la Vida (Limbs for Life Foundation) para obtener una prótesis avanzada, ajustada por un protésico altamente cualificado.

### **Fundación Extremidades de Esperanza**

6782 S Dixie DR  
West Jordan, Utah 84084  
1-801-548-0553  
[donate@limbsofhope.org](mailto:donate@limbsofhope.org)  
[www.limbsofhope.org](http://www.limbsofhope.org)

La Fundación Extremidades de Esperanza (Limbs of Hope Foundation) acepta prótesis nuevas y usadas para enviarlas a todo el mundo con la esperanza de mejorar la calidad de vida de las personas que las necesiten. También ofrece oportunidades y equipos recreativos a países en vías de desarrollo, así como reformas de clínicas en países devastados por la guerra o las enfermedades.

### **Extremidades de Amor**

1000 S Loop West STE 150  
Houston, TX 77054  
1-713-747-7647  
[www.limbsoflove.com](http://www.limbsoflove.com)

Extremidades de Amor (Limbs of Love) utiliza el tiempo, las habilidades y los recursos de fabricantes y profesionales médicos que no reciben ninguna remuneración en un esfuerzo por mejorar la calidad de vida general de los amputados, sobre todo en Texas.

### **Fundación Nacional de Amputación**

40 Church ST  
Malverne, NY 11565  
1-516-887-3600  
[amps76@aol.com](mailto:amps76@aol.com)  
[www.nationalamputation.org](http://www.nationalamputation.org)

La Fundación Nacional de Amputación (National Amputation Foundation [NAF, por sus siglas en inglés]) lleva más de 80 años prestando una valiosa ayuda a los veteranos de la Primera y Segunda Guerras Mundiales, la guerra de Corea, la guerra de Vietnam, y las operaciones Tormenta del Desierto y Libertad Iraquí. Desde entonces, la Fundación ha ampliado sus instalaciones para incluir también a amputados civiles.

### **Clubes de servicios locales**

Los clubes de leones, rotarios, Elks, Shriners o cualquier otra asociación o grupo de interés especial de su comunidad podría ofrecer dinero o ayuda para recaudar fondos. Para obtener más información, póngase en contacto con la organización correspondiente.

## **Servicios infantiles**

### ***Programas para niños con necesidades médicas especiales***

En 1988, el Director General de Sanidad, el Dr. C. Everett Koop, presentó un Proyecto Nacional para Niños con Necesidades Médicas Especiales (*National Agenda for Children with Special Health Care Needs* [CSHCN, por sus siglas en inglés]). En 1989, este proyecto se tradujo en ley a través del Título V de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*), que exige a los programas estatales CSHCN que proporcionen y promuevan una atención coordinada familiar y comunitaria para niños con necesidades médicas especiales, y que faciliten el desarrollo de sistemas de servicios comunitarios para dichos niños y sus familias.

Cada estado cuenta con un programa CSHCN de acuerdo con el Título V y es gestionado a través del Departamento del Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) por agencias denominadas Servicios para Niños con Necesidades Especiales (Children's Special Needs Services), Servicios Médicos Infantiles (Children's Medical Services) o nombres similares. Según contempla la legislación del Título V, los niños con necesidades médicas especiales son todos los niños que presentan un mayor riesgo de experimentar condiciones físicas, del desarrollo, del comportamiento o emocionales crónicas, y que también necesitan servicios médicos y otros servicios relacionados de alguna clase específica o que implican un importe que supera lo que generalmente necesitan los niños. En Internet puede encontrar una guía de programas estatales CSHCN de acuerdo con el Título V, junto con información relacionada con los requisitos para recibir cobertura y los servicios, en <http://cshcnleaders.ichp.edu/TitleVDirectory/directory.htm>.

### ***Programa Estatal de Seguros Médicos Infantiles***

El Programa Estatal de Seguros Médicos Infantiles (*State Children's Health Insurance Program* [SCHIP, por sus siglas en inglés]) es la mayor expansión de cobertura médica infantil en más de 30 años. El SCHIP permite a todos los estados asegurar gratuitamente o a bajo costo a los hijos de familias trabajadoras cuyos ingresos son demasiado elevados para poder recibir Medicaid, pero demasiado bajos para permitirse una cobertura privada. La iniciativa consiste en un acuerdo entre los gobiernos estatales y el gobierno federal que ayudará a proporcionar a los niños la cobertura médica que necesitan para crecer sanos y fuertes. Puede obtener información sobre este programa llamando al 1-877-543-7669 o visitando el sitio web ¡Asegure a sus Hijos Ahora! (*Insure Kids Now*) en [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov).

## ***Administración para Niños y Familias***

La Administración para Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés), del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), es la responsable de los programas federales que promueven el bienestar económico y social de familias, niños, personas y comunidades. Entre estos se encuentra el programa Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families* [TANF, por sus siglas en inglés]), que sustituyó a los programas Ayuda a Familias con Niños a su Cargo (*Aid to Families with Dependent Children*) y Oportunidades Laborales y Formación en Destrezas Básicas (*Jobs Opportunities and Basic Skills Training*). Cada estado, territorio y tribu determina los requisitos para recibir cobertura, y los niveles de beneficios y servicios que proporciona a las familias necesitadas. Para obtener más información sobre los programas de la ACF, póngase en contacto con su oficina del DHHS o visite el sitio web de la ACF en [www.acf.dhhs.gov](http://www.acf.dhhs.gov).

## ***Hospitales Shriners***

Los Hospitales Shriners Infantiles (Shriners Hospitals for Children), una red de hospitales que proporcionan atención gratuita especializada en ortopedia y quemaduras a niños menores de 18 años, son el santuario (*Shrine*) filantrópico oficial de Norteamérica. Los Hospitales Shriners están abiertos a todos los niños, independientemente de su raza, religión o vínculo con un Shriner. Todos los niños pueden recibir atención en los Hospitales Shriners si:

- son menores de 18 años;
- existe una posibilidad razonable de que su condición médica pueda mejorar.

El área de servicio de los Hospitales Shriners incluye los Estados Unidos, Canadá y México. Los candidatos que residan en otros países deberán seguir procedimientos especiales.

Los formularios de solicitud para el ingreso en los Hospitales Shriners pueden obtenerse:

- en cualquier Templo o Club Shrine;
- llamando al número gratuito para obtener remisiones de los Hospitales Shriners: 1-800-237-5055.
- en el sitio web de Shriners en [www.shrinershq.org/Hospitals/Hospitals\\_for\\_Children/Admission/patient\\_applications.aspx](http://www.shrinershq.org/Hospitals/Hospitals_for_Children/Admission/patient_applications.aspx).

## ***Hospital Infantil St. Jude***

Los niños pueden recibir atención protésica en el Hospital Infantil St. Jude (St. Jude's Children's Hospital), conjuntamente con el tratamiento de una enfermedad fatal, como un osteosarcoma. La aprobación para recibir

tratamiento depende únicamente del cumplimiento de los requisitos por parte del paciente para participar en un ensayo clínico continuo en el Hospital de Investigación Infantil St. Jude (St. Jude Children's Research Hospital). Para determinar si su hijo cumple con los requisitos, su pediatra debe:

- llamar al número para obtener remisiones 1-866-278-5833;
- enviar toda la información relevante por fax al 1-901-495-4011;
- completar un formulario de remisión en línea en [www.stjude.org/Forms/physicianReferralRequest](http://www.stjude.org/Forms/physicianReferralRequest).

## ***Blue Cross/Blue Shield***

Algunas de las compañías que tienen Blue Cross/Blue Shield han creado “Fundaciones de Cuidados Infantiles” (Caring for Children Foundations) que proporcionan cobertura gratuita o a bajo costo a niños que no pueden tener acceso a Medicaid ni a un seguro privado. Algunas de esas fundaciones colaboran con los programas SCHIP en sus estados. Otras trabajan de forma independiente y no aceptan financiación del gobierno. Los servicios y los requisitos para recibir la cobertura varían. Llame a su oficina local de Blue Cross/Blue Shield o visite el sitio web nacional en [www.bcbs.com](http://www.bcbs.com) para averiguar si existe tal programa en su zona.

## ***Variety: la organización benéfica infantil de los Estados Unidos***

Variety (Variedad) se autodenomina la organización benéfica infantil más grande del mundo, con 51 sucursales en 13 países. Dedicada a mejorar la calidad de vida de los niños menos afortunados, Variety tiene sus orígenes en el mundo del espectáculo y el circo. Sus miembros, en su mayor parte pertenecientes al mundo del espectáculo, el ocio, los medios de comunicación y los negocios, trabajan para ayudar a niños enfermos, discapacitados o desfavorecidos por circunstancias sociales. Para obtener más información, póngase en contacto con:

### **Variety of the United States**

5757 Wilshire BLVD, STE 445

Los Ángeles, CA 90036

1-323-954-0820

[info@usvariety.org](mailto:info@usvariety.org)

[www.usvariety.org](http://www.usvariety.org)

## **Otras fuentes de información**

### ***Proyecto AgrAbility***

El Proyecto AgrAbility ayuda a los agricultores y trabajadores de la agroindustria que presentan alguna discapacidad física o mental, incluidas discapacidades tales como amputaciones, artritis, lesiones de médula espinal y deficiencias auditivas. Easter Seals y la Universidad de Wisconsin gestionan un programa nacional de ayuda educativa, informativa y técnica a los agricultores discapacitados. Los proyectos estatales de AgrAbility forman parte de un acuerdo entre los proveedores de servicios para discapacitados que no persiguen fines de lucro y los servicios de extensión estatales del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés). El personal de dichos proyectos estatales colabora con los agricultores y sus familias para valorar los edificios y los equipos agrícolas, y sugerir adaptaciones que puedan ayudar a los agricultores discapacitados a seguir trabajando en las granjas de forma segura y a encontrar soluciones para financiar dichas adaptaciones. Para averiguar si su estado cuenta con un programa AgrAbility, llame a su oficina local de Easter

Seals o al Proyecto Nacional AgrAbility (*National AgrAbility Project*) al número gratuito 1-866-259-6280. Visite el sitio web en <http://www.agrabilityproject.org>.

## ***Agencias del Área para la Senectud***

Las Agencias del Área para la Senectud (Area Agencies on Aging [AAA, por sus siglas en inglés]) proporcionan una gran variedad de servicios que permiten a las personas mayores seguir viviendo de forma independiente en sus hogares, como por ejemplo: información y remisiones, asesoramiento sobre seguros y gestión de atención. Al poner a su disposición una variedad de opciones, las AAA posibilitan que las personas mayores elijan los servicios y el estilo de vida que más les satisface. Puede encontrar su agencia local de las AAA en las Páginas Blancas de la guía telefónica o llamar gratuitamente al Localizador Eldercare (Eldercare Locator) al 1-800-677-1116. Este servicio está financiado por la Administración Estadounidense para la Senectud (U.S. Administration on Aging) y gestionada en cooperación con la Asociación Nacional de Secciones Estatales para la Senectud (National Association of State Units on Aging). Quienes llamen a este servicio tendrán acceso a más de 4,800 proveedores estatales y locales de servicios de información y remisión, clasificados por códigos postales. La base de datos también incluye información de aplicación específica y números telefónicos de servicios de información y remisión para líneas directas sobre Alzheimer, servicios de respiro y atención diurna para adultos, ayuda del ombudsman en residencias de ancianos, fraudes al consumidor, reclamaciones sobre atención domiciliaria, servicios legales, servicios de protección contra el maltrato a la tercera edad, información sobre Medicare/Medicaid/Medigap, asesoría fiscal y transporte.

**Asociación Nacional de las Agencias del Área para la Senectud (National Association of Area Agencies on Aging)**  
[www.n4a.org](http://www.n4a.org)

**Localizador Eldercare**  
[www.eldercare.gov/eldercare/Public/Home.asp](http://www.eldercare.gov/eldercare/Public/Home.asp)

## ***Centros de Vida Independiente***

Normalmente, los Centros de Vida Independiente (Independent Living Centers [ILC, por sus siglas en inglés]) son organizaciones comunitarias, no residenciales, privadas, sin fines lucro, reguladas por sus usuarios, que proporcionan servicios para personas con todo tipo de discapacidades y defensa de derechos por parte de estas personas. Su objetivo es ayudar a las personas discapacitadas a dar lo mejor de sí mismas en su familia y comunidad. Los ILC también son buenas fuentes de información y remisión. En Internet encontrará un listado de ILC clasificados por estado en [www.ilru.org/html/publications/directory](http://www.ilru.org/html/publications/directory). También puede llamar al servicio de información telefónica al 1-713-520-0232, ext. 130.

*El contenido de estos sitios web es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente la opinión oficial de la ACA ni del NLLIC. El uso de marcas comerciales tiene como único fin su identificación y no constituye garantía por parte de la ACA ni del NLLIC.*