INFORMACION GENERAL E INSTRUCCIONES

1. Un lado es para Cobros de Medicamentos. El otro lado es para Cobros de Transportación.
2. Si usted está cobrando únicamente Medicamentos o únicamente Transportación, firme sólo el lado que está usando.
3. Si está cobrando ambos firme únicamente un lado.

Información sobre el destinatario

1. Escriba su Apellido, Nombre, y la Inicial de su segundo nombre en la línea proveída.
2. Escriba su número B de la división de KHC (Kidney Health Care - Cuidado de Salud del Riñón) en la línea proveída. Si no sabe su número B, llame a su Trabajador Social o a la división de KHC.
3. Escriba su número de teléfono de su casa en la línea proveída.
4. Escriba su Número de Seguro Social en la línea proveída. Esto es opcional.

Período del cobro

1. Circule el mes que está cobrando.
2. Escriba el año de su cobro.
3. Presente sólo un cobro por mes.

COBROS DE MEDICAMENTOS

- La división de KHC reembolsa por medicamentos aprobados por la división de KHC solamente.
- La división de KHC reembolsa basándose en precios aprobados.

Si alguna farmacia presenta un cobro de medicamentos por usted, favor de no presentar un cobro por esos medicamentos.

Sección C. 1.

Circule S si tiene un seguro que cubra sus medicamentos.*
Circule N si no tiene un seguro que cubra sus medicamentos.

La división de KHC reembolsa por:

- **14 viajes de ida y vuelta** a los pacientes de diálisis en el centro **O**
- **4 viajes de ida y vuelta** a los pacientes de diálisis en el hogar y trasplante únicamente.

(*No más de 14 viajes de ida y vuelta* si cambia el estado de tratamiento durante el mes. Por ejemplo, de diálisis en el hogar a diálisis en el centro o de diálisis en el centro a trasplante).

SI USTED RECIBE MEDICAID: Si usted califica para recibir Medicaid y *NO PUEDE USAR LOS SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE MEDICAID*, favor de llenar el formulario de *"Certification of Need"* (Certificado de Necesidad) y de someterlo con el cobro de transportación para que lo reembolsen por los viajes según los precios de Medicaid. Si usted ya sometió este formulario, favor de no enviar otro.

Sección C. 1.

Si usted viajó para el tratamiento de **diálisis en el centro** llene el cuadro que corresponda a su cobro de transportación.

1. *Si condujo su propio automóvil:*

   A. Escriba cuántos viajes de ida y vuelta hizo este mes a la unidad de diálisis en su automóvil.
   B. Escriba cuántos viajes de ida hizo este mes a la unidad de diálisis en su automóvil.
   C. Circule la fecha de cada viaje en cada sección.

2. *Si usó otro medio de transportación:*

   A. Escriba cuántos viajes de ida y vuelta hizo este mes a la unidad de diálisis usando otro medio de transportación.
   B. Escriba cuántos viajes de ida hizo este mes a la unidad de diálisis usando otro medio de transportación.
   C. Escriba la cantidad total de dólares que pagó por la transportación y circule la fecha de cada viaje en cada sección.

Sección C. 2.

Si es un **paciente de diálisis en el hogar** o un **paciente de trasplante** llene este cuadro para cobrar su transportación.

1. Escriba la fecha de cada viaje.
2. Escriba el nombre y tipo de proveedor o establecimiento.
3. Escriba el nombre de la ciudad del proveedor o establecimiento.
4. Escriba la razón por la cual hizo el viaje. Esta debe estar relacionada al riñón y no debe usarse para ir a la farmacia a recoger medicamentos.

LISTA DE COBROS DE KHC

Conteste cada una de estas preguntas sobre su cobro antes de someterlo a KHC:

Para el uso del destinatario únicamente...¡¡NO LO ENVÍE A KHC!!

S	N	¿Cobró únicamente los medicamentos que su farmacia no cobrará a la división de KHC?
S	N	¿Envió adjunto todos los recibos de los medicamentos que incluyan toda la información requerida?
S	N	***Si se cambió de casa, de establecimiento o si el estado de tratamiento cambió***: ¿Le informó a la división de KHC?
S	N	¿Apuntó su número B en su formulario de cobro?
S	N	¿Sometió únicamente un mes en su formulario de cobro?
S	N	¿Escribió claramente en molde o a máquina su nombre y toda la información?
S	N	¿Firmó su formulario de cobro?
S	N	¿Escribió la fecha cuando enviará su cobro?

Si contestó **Sí a todas** estas preguntas, su cobro está listo para ser enviado.

Si contestó No a alguna de estas preguntas, su cobro puede regresársele o ser retrasado.

Si tiene alguna pregunta, favor de llamarle a su trabajador social o a la división de KHC.

TDH
Texas Department of Health
Health Care Financing Associateship
BUREAU OF KIDNEY HEALTH CARE
1100 West 49th Street
Austin, TX 78756
Línea Automatizada: 1-800-222-3986

512-458-7796

Número de fax: 512-458-7267