

Programa para la Salud Renal (KHC)

Solicitud de pago de transporte para pacientes de diálisis en casa y trasplante de riñón

Información del beneficiario

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Teléfono con código de área	Núm. de Seguro Social <i>(opcional)</i>	Núm. del KHC

Información sobre el viaje

Proporcione los detalles de su transporte mensual llenando las cuatro columnas de esta tabla. Para la última columna, seleccione el código de la siguiente lista que mejor describa el motivo de su viaje. Solo se le reembolsarán los cuatro viajes que ya haya realizado al mes y que estén relacionados con la enfermedad renal terminal o el trasplante de riñón.

- | | | |
|---|--|--|
| AS - Cirugía de acceso | EP - Epogen | PC - Visita a la clínica de diálisis peritoneal |
| AC - Complicación del acceso para diálisis | XR - Pruebas de laboratorio, radiografías u otros | BT - Pruebas previas al trasplante |
| PD - Apoyo para la diálisis peritoneal | NE - Visita al nefrólogo | TS - Cirugía de trasplante |
| AT - Chequeo después del trasplante | | |

Si el motivo de su viaje no aparece en la lista, marque la casilla "Otro" y llene el reverso de este formulario.

Fecha (MM/DD/AA)	Nombre de la persona o lugar que visitó	Dirección completa del lugar	Motivo del viaje (Use un código de la lista anterior)	Otro
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Confirmación del beneficiario

Estoy de acuerdo en que cada uno de los viajes indicados anteriormente lo realicé para el viaje y el millaje permitidos. También estoy de acuerdo en que ninguna otra entidad puede reembolsarme el viaje y el millaje. Entiendo que si oculto algún dato o presento información que no es verdadera, puedo estar haciendo algo que va en contra de la ley, lo que podría resultar en la pérdida de mis beneficios, tener que devolver el dinero o enfrentarme a acciones legales.

Firma del beneficiario _____

Firma del testigo *(si el beneficiario no puede firmar)* _____

Envíe este formulario a: Kidney Health Care, Mail Code 1938, P.O. Box 149030, Austin, TX 78714-9947, o bien por fax al 512-776-7162.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Núm. de KHC
----------	---------------	----------------------------	-------------

Llene los campos siguientes solo si ha marcado la casilla "Otro". El KHC necesita esta información para determinar si podemos pagar su(s) viaje(s). Si tiene dificultades para llenar esta parte del formulario, puede pedirle ayuda a su médico o a otra persona del lugar donde recibe atención médica. Si el KHC ya ha revisado y aprobado su viaje por esta enfermedad, solo tiene que llenar el campo número 3.

1. Fecha del viaje o los viajes:

2. ¿A dónde viajó? Nombre del lugar o del médico o médicos:

3. Describa cómo se relaciona el viaje con su enfermedad renal terminal o con el trasplante de riñón:

El KHC usará esta información para realizar una revisión médica. El KHC podría llamar a su(s) médico(s) para obtener más información. El KHC le comunicará la decisión después de realizar la revisión. Si el KHC decide que los viajes están relacionados con una enfermedad renal terminal o un trasplante de riñón, se actualizará su expediente del KHC. Esto le permitirá realizar futuros viajes relacionados con su enfermedad.

For KHC Reviewer Use Only (Solo para uso de un revisor de KHC)

Reviewer	Date	Allow Trip(s)	Disallow Trip(s)
Comments:			

Aviso sobre su derecho a la privacidad

Excepto en algunos casos, usted tiene derecho a pedir y conocer la información que el estado de Texas tiene sobre usted. Puede pedirla en cualquier momento y asegurarse de que la información es correcta. También tiene derecho a pedir al departamento estatal que corrija cualquier información incorrecta. Vea <http://hhs.texas.gov/es> para más información sobre su derecho a la privacidad. (Referencia: Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

Envíe este formulario a: Kidney Health Care, Mail Code 1938, P.O. Box 149030, Austin, TX 78714-9947, o bien por fax al 512-776-7162.