

Your out-of-pocket costs

KHC will help you with your out-of-pocket drug costs with Medicare Part B and Part D.

If you have **Part B**, KHC will pay for your

- co-insurance for immunosuppressive drugs

If you have **Part D**, KHC will pay for your

- deductible
- co-pay or co-insurance for up to four (4) prescriptions per month
- payments for four prescriptions per month during the gap period
- vitamins and over-the-counter drugs

You **must** be enrolled in a Medicare Part D drug plan to receive these benefits. The payments KHC makes for you will help you get to the level where Medicare will start to pay 95% of your drug costs.

Gastos directos de su bolsillo

KHC le ayudará con los gastos directos de su bolsillo para medicamentos de la Parte B o Parte D de Medicare.

Si usted tiene Parte B, KHC pagará su

- coseguro para medicamentos inmunodepresores

Si usted tiene Parte D, KHC pagará su

- deducible
- copago o coseguro por hasta 4 recetas médicas cada mes
- pagos de cuatro recetas médicas por mes durante el período de lapso en la cobertura
- vitaminas y medicamentos de venta libre

Tiene que estar inscrito en un plan de Parte D de Medicare para medicamentos para recibir estos beneficios. Los pagos que hace KHC de parte de usted le ayudará a alcanzar el nivel donde Medicare empiece a cubrir el 95% del costo de sus medicamentos.

What the pharmacy should do

1. **Bill Medicare Part D or B first.**
2. **Bill the balance to KHC.**

If the pharmacy is billing you for a drug that is covered by KHC and Medicare Part B or D, ask the pharmacist to call KHC at 1-800-222-3986.

If the pharmacy cannot bill KHC, you may want to get your drugs somewhere else until the pharmacy is able to bill KHC.

Qué debería hacer la farmacia

1. **Facturar primero a la Parte B o D de Medicare.**
2. **Facturar lo que resta al KHC.**

Si la farmacia le factura a usted el costo de un medicamento que cubre KHC y la Parte B o D de Medicare, pídale al farmacéutico llamar a KHC al 1-800-222-3986.

Si la farmacia no puede facturar a KHC, quizá usted quiera conseguir sus medicamentos en otro lugar hasta la farmacia pueda facturar a KHC.

Limits to KHC benefits

- The drug must be on the KHC drug list **and** the Medicare Part D insurance drug list.
- KHC pays for prescribed vitamins and over-the-counter medicines on the KHC drug list. You are responsible for the \$6.00 co-pay.
- KHC will not pay for your drugs if you have a Medicare Advantage Plan or drug coverage through private insurance.
- You must apply for “extra help” (Low Income Assistance) from the Social Security Administration. Call 1-800-772-1213 to request an application.

Límites a los beneficios de KHC

- El medicamento tiene que estar en la lista de medicamentos de KHC **igual que** en la lista de medicamentos de su seguro de Parte D de Medicare.
- KHC paga los medicamentos y vitaminas de venta libre recetados que se encuentran en la lista de medicamentos de KHC. Usted es responsable de pagar el copago de \$6.00.
- KHC no paga sus medicamentos si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o si tiene seguro privado que cubra medicamentos.
- Tiene que solicitar “ayuda adicional” (Asistencia para personas de bajos ingresos) de la Administración del Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 para pedir una solicitud.

KHC coverage is based on Medicare eligibility:

If you do not qualify for Medicare, you have the standard KHC drug benefit. (See box on back panel.)

If you are waiting to qualify for Medicare, you can receive 3 months of the standard KHC drug benefit during the waiting period. (See the box on back panel.)

If you have Medicare Part D or Part B, you have specific benefits to help with your out-of-pocket costs in 2007. (See inside for more information about these benefits.)

If your Medicare status changes, you must contact KHC.

Los beneficios de KHC se basan en la elegibilidad para Medicare:

Si no reúne los requisitos para Medicare, usted tiene el beneficio estándar de KHC para medicamentos. (Vea la casilla al dorso del folleto.)

Si espera una determinación de Medicare, usted puede recibir 3 meses del beneficio estándar de KHC para medicamentos durante el período que espera. (Vea la casilla al dorso del folleto.)

Si tiene cobertura de Parte D o Parte B de Medicare, usted tiene beneficios específicos en 2007 para ayudarle con los gastos directos de su bolsillo. (Vea adentro para mayor información sobre estos beneficios.)

Si cambia la determinación de Medicare, tiene que avisar a KHC.

KHC Standard Drug Benefit

- **Four prescriptions per month**
- **34-day supply for each of the four drugs**
- **\$6.00 co-pay for each drug**
- **The drugs must be on the KHC drug list (formulary)**

Kidney Health Care
1-800-222-3986

Beneficio estándar de KHC para medicamentos

- **Cuatro (4) recetas médicas por mes**
- **Un suministro de 34 días por cada uno de los cuatro medicamentos**
- **Un copago de \$6.00 por cada medicamento**
- **Los medicamentos deben estar en la lista de medicamentos (formulario) de KHC**

Kidney Health Care

Guide to Your KHC Drug Benefits

Guía a sus beneficios de KHC para medicamentos



TEXAS
Health and Human
Services