



# Kidney Health Care (KHC)

## Formulario Para Reclamar Viajes de Clientes que Hacen Diálisis en Casa o Recibieron un Trasplante de Riñón

Información de Cliente		
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2 <sup>nd</sup> nombre
Número de teléfono	Número de seguro social (opcional)	Número de KHC

Información del viaje
-----------------------

Necesita llenar todas las cuatro columnas de esta tabla. En la última columna, seleccione de la lista de abajo el código que mejor describe la razón de su viaje. Los viajes que usted reclama deberán estar relacionados con la insuficiencia renal en fase terminal o su trasplante de riñón.

- |  |           |                                 |           |                                |           |
|--|-----------|---------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Cirugía del acceso vascular                            | <b>AS</b> | Epogen                          | <b>EP</b> | Visita a la clínica peritoneal | <b>PC</b> |
| Complicación del acceso                                | <b>AC</b> | Exámenes después del trasplante | <b>AT</b> | Exámenes antes del trasplante  | <b>BT</b> |
| Apoyo por la DP  | <b>PD</b> | Consulta con el nefrólogo       | <b>NE</b> | Cirugía de trasplante          | <b>TS</b> |
| Exámenes de laboratorio, radiografías u otros exámenes |           |                                 | <b>XR</b> |                                |           |

Si la razón de su viaje no se encuentra en la lista: (1) Marque la caja marcada "Otra", y (2) llene el otro lado de este formulario.

Fecha MM/DD/YY	Nombre de la Persona o el Sitio al que Acudio	Direccion Completa del Sitio al que Acudio	Motivo del Viaje (Utilice uno de los códigos de la lista o marque "Otra")
			<b>Otra</b> Llene la parte de atrás _____
			<b>Otra</b> Llene la parte de atrás _____
			<b>Otra</b> Llene la parte de atrás _____
			<b>Otra</b> Llene la parte de atrás _____

Reconocimiento del cliente
----------------------------

Estoy de acuerdo que el millaje de cada viaje indicado arriba es para viajes que se permiten. También estoy de acuerdo que ningún otro organización puede pagarme de vuelta por el millaje. Entiendo que si oculto datos o pongo cosas que no son verdaderas, es posible que yo esté haciendo algo que es contra la ley. En ese caso, es posible que pierdo mis beneficios, tenga que devolver el dinero o lidiar con acciones jurídicas.

Su Firma	Firma del testigo (si el cliente no puede firmar)
----------	---

Last Name	First Name	Middle Initial	KHC Number
-----------	------------	----------------	------------

Llene las casillas en blanco de abajo sólo y cuando usted haya marcado la casilla “**Otra**” en el otro lado del este formulario. KHC necesita saber algunas cosas para determinar si puede pagar sus viajes. Puede pedir que le ayude su médico u otra persona donde recibe su atención si tiene problemas al rellenar esta parte.

Si KHC ya repasó y aprobó sus viajes debidas a esta condición, usted solamente tendrá que rellenar el número 3.

**1. Fecha de los viajes:**

---

**2. ¿Adónde fue usted? Nombre del lugar o del médico, Dirección y Número de teléfono:**

---



---



---



---

**3. Describa cómo este viaje se relaciona con la insuficiencia renal en fase terminal o su trasplante de riñón:**

---



---



---



---

KHC llevará a cabo una revision medica con esta información. Es posible que KHC llame a sus médicos para más información. KHC le dirá su decisión después de la revision. Si KHC decide que los viajes se relacionan con la insuficiencia renal en fase terminal o un trasplante de riñón, se actualizará su archivo de KHC. Esto le permitirá a usted a hacer viajes relacionados con la condición en el futuro.

Solo para uso del Revisor			
Reviewer	Fecha	Permitir viajes	Desautorizar viajes
Comentarios:			