



TEXAS
Health and Human
Services



Manual del cliente del Programa para la Salud Renal (KHC)

Abril 2024

Índice

Bienvenidos al Programa para la Salud Renal	3
¿Qué es el Programa KHC?	4
Derecho a los servicios	5
Fecha de entrada en vigor del derecho a los servicios	5
Número de identificación KHC.....	5
Beneficios del programa	6
Beneficios médicos.....	6
Cirugía de acceso	6
Pago de primas de Medicare A y B.....	7
Transporte.....	7
Beneficios de medicamentos.....	8
Beneficios de medicamentos de Medicare y KHC	9
Aviso de cobertura no deducible	12
Solicitudes de pago	13
Solicitudes de beneficios de medicamentos	13
Solicitudes de reembolso de millaje de transporte	13
Solicitudes de beneficios médicos	14
Cancelación de los beneficios.....	15
Reconsideración y la audiencia imparcial.....	16
Derechos del cliente.....	16
Cómo solicitar una revisión administrativa	16
Cómo solicitar una audiencia imparcial	16
Información sobre la política de KHC	18
Depósito directo	18
Auditoría de registros de transporte.....	18
Otra cobertura	18
Cambios en el estado del tratamiento	18
Cambios de domicilio.....	19
Recursos de KHC	20
Siglas	20
Términos de uso frecuente de la Parte D de Medicare	20
Contactar el Programa para la Salud Renal	21
Página de referencia para solicitudes de medicamentos de farmacia.....	22

Bienvenidos al Programa para la Salud Renal

Este manual se ha elaborado para presentar a los clientes recién aprobados el Programa para la Salud Renal (KHC). Contiene información sobre los beneficios cubiertos por el Programa KHC, información sobre solicitudes y la política, recursos adicionales sobre la enfermedad renal en etapa terminal y una lista de siglas y términos de uso frecuente.

Puede obtener más información sobre el programa en:

hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-para-la-salud-renal

Si necesita ayuda, llame al 800-222-3986 o envíe un correo electrónico a khc@hhs.texas.gov.

¿Qué es el Programa KHC?

En abril de 1973, la ley para la salud renal (Kidney Health Care Act) estableció el Programa KHC bajo el Departamento de Salud de Texas. Esta ley permite utilizar fondos y recursos estatales para la atención y tratamiento de personas con insuficiencia renal crónica, también conocida como enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). El Programa KHC entró en funcionamiento en septiembre de 1973.

El impacto y el costo de la enfermedad renal en etapa terminal en los texanos puede ser significativo. La mayoría de los pacientes con diálisis no reciben ningún beneficio médico de Medicare durante un periodo de tres meses tras el inicio de la diálisis, y Medicare no ofrece ninguna cobertura para la mayoría de los gastos de viaje asociados con el tratamiento de ESRD.

Derecho a los servicios

El programa está disponible para cualquier persona que:

- Viva en Texas.
- Tenga ingresos brutos anuales inferiores a \$60,000 al año.
- Tenga un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal emitido por un médico autorizado.
- Reciba tratamientos periódicos de diálisis o se haya sometido a un trasplante de riñón.
- Cumpla la definición de enfermedad renal en etapa terminal de Medicare.
- No tenga derecho a beneficios médicos, medicamentos o transporte de Medicaid.

Fecha de entrada en vigor del derecho a los servicios

Una vez aprobada la solicitud, la fecha del derecho a los servicios del Programa KHC es la fecha en que el programa recibió una solicitud completa.

Número de identificación KHC

Se trata de un número único de nueve dígitos (que comienza con un 8) que se asigna a los clientes del Programa KHC en el aviso del derecho a los servicios del Programa KHC. Los clientes deben utilizar ese número cuando pregunten por los beneficios y presenten solicitudes.

Beneficios del programa

Los beneficios disponibles para los clientes que reúnen los requisitos incluyen la cobertura estándar de medicamentos del Programa KHC, la coordinación de los beneficios de Medicare para los medicamentos recetados, ciertas primas de Medicare, el coseguro de los medicamentos inmunosupresores, el transporte y los beneficios médicos limitados. Los beneficios del programa solo se pagan después de que todos los demás pagadores hayan cumplido con su responsabilidad.

Beneficios médicos

El Programa KHC ofrece el pago de servicios médicos limitados relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal. Los servicios permitidos se limitan a los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados y ambulatorios y a los servicios necesarios para la cirugía de acceso, que incluye los gastos del hospital, el cirujano, el cirujano asistente y la anestesia.

Estos servicios se proporcionan a los clientes que reúnen los requisitos durante el periodo de calificación de Medicare (normalmente un periodo de tres meses tras el inicio de los tratamientos de diálisis crónica) o a los clientes que pueden documentar que no reúnen los requisitos para recibir los beneficios de Medicare o Medicaid.

Las solicitudes médicas deben ser presentadas por el proveedor de servicios. Si tiene derecho a recibir beneficios médicos, lleve su Aviso de cumplimiento de requisitos a su proveedor de diálisis y a su proveedor de cirugía de acceso para la facturación y el pago de los gastos médicos permitidos.

Cirugía de acceso

La cirugía de acceso es necesaria para el mantenimiento de los tratamientos de diálisis y está disponible para los clientes que reúnen los requisitos del programa. Los cirujanos deben ser proveedores contratados por el Programa KHC.

Los beneficios de la cirugía de acceso se pueden pagar solo si los servicios fueron realizados a partir de la fecha en que se estableció la residencia en Texas y no más de 180 días antes de la fecha de vigencia del derecho a los servicios del cliente para el Programa KHC.

Pago de primas de Medicare A y B

The KHC program will pay the premium for Medicare Parts A and B on behalf of KHC clients who are age 65 or older and not eligible for “premium-free Part A” (hospital) insurance under the Social Security system, and who are not eligible for Medicaid payment of Medicare premiums. Call KHC to verify you’re eligible for this benefit before submitting a premium to KHC.

Transporte

Los beneficios de transporte se proporcionan a los clientes del Programa KHC que reúnen los requisitos y no tienen derecho a beneficios de transporte médico de Medicaid. El transporte proporcionado gratuitamente a los clientes por otras agencias o servicios no está cubierto por el Programa KHC.

Los beneficios de transporte se determinan y se pagan de acuerdo con el estado del tratamiento del cliente en el momento en que se realiza cada viaje. Un cliente puede tener derecho a los beneficios de transporte para recibir diálisis en un centro y en casa o un trasplante de riñón durante el mismo mes si se produce un cambio en el plan de tratamiento.

El millaje de ida y vuelta (RTM) se basa en la distancia de manejo más corta desde el domicilio del cliente hasta el centro médico o el proveedor. El RTM permitido es la distancia medida de ida y vuelta desde la dirección de la residencia del cliente hasta la dirección de su centro médico o proveedor.

El Programa KHC utiliza Bing Maps para calcular el millaje. Los clientes tendrán que presentar cualquier cambio de domicilio a más tardar 30 días después del cambio para establecer el millaje correcto de ida y vuelta.

El pago del transporte no puede superar \$200 al mes, por cliente. La tasa de reembolso actual es de 25 centavos (\$0.25) por milla. Esta tarifa está sujeta a cambios según lo permitan las limitaciones del presupuesto del programa.

Los clientes que reciben diálisis en un centro pueden recibir un reembolso para un máximo de 14 viajes de ida y vuelta al mes. Los beneficios de transporte se basan en el RTM establecido del cliente hacia y desde el centro de diálisis y el número de viajes de ida y vuelta permitidos para recibir el tratamiento de diálisis.

Los clientes recién aprobados para recibir la diálisis en un centro comenzarán a recibir beneficios de transporte el primer día del mes siguiente a su fecha de entrada en vigor del derecho a los servicios de KHC, a menos que la fecha de vigencia sea el primer día del mes.

Los clientes que reciben diálisis en casa y los de trasplante de riñón pueden recibir hasta cuatro viajes de ida y vuelta al mes. Los viajes deben ser para servicios médicos relacionados con el riñón proporcionados al cliente. Los viajes permitidos pueden incluir: cirugía de acceso, complicaciones de acceso, capacitación sobre diálisis en casa, pruebas de laboratorio y radiografías relacionadas con el riñón, visitas al nefrólogo, apoyo a la diálisis peritoneal, cirugía de trasplante de riñón y citas de seguimiento.

Los clientes recién aprobados para recibir diálisis en casa o de trasplante de riñón comenzarán a recibir beneficios de transporte el día de la fecha de entrada en vigor del derecho a los servicios de KHC.

Beneficios de medicamentos

El beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC, donde paga los costos totales de los medicamentos cubiertos, está disponible para todos los clientes que reúnan los requisitos del programa, excepto:

1. Aquellos que reciban beneficios completos de medicamentos recetados de Medicaid.
2. Aquellos con cobertura de medicamentos a través de un plan de seguro médico privado o de grupo (a menos que el cliente proporcione pruebas de que la cobertura de medicamentos bajo un plan de seguro médico privado o de grupo se ha agotado).
 - La cobertura de medicamentos estándar del Programa KHC está limitada a cuatro recetas al mes. Todas las recetas (incluidos los medicamentos inmunosupresores) están limitadas a un suministro de 34 días e incluyen un copago de \$6 por medicamento adquirido.
 - Los medicamentos permitidos por el Programa KHC figuran en la [Lista de medicamentos reembolsables de KHC](#) (formulary en inglés) y están incluidos en el índice de códigos de medicamentos de Texas (TDCI).
 - Los clientes deben obtener los medicamentos de una farmacia participante en el Programa KHC.

- Lleve la página de referencia para solicitudes de medicamentos (que se encuentra en la página 22) a su farmacia participante para ayudarle a facturar las solicitudes al Programa KHC.

Beneficios de medicamentos de Medicare y KHC

Medicare es el pagador principal de los medicamentos recetados para los clientes en el Programa KHC que reúnen los requisitos para Medicare. Los clientes del Programa KHC deben inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare o en un plan Medicare Advantage (Parte C) que incluya la cobertura de los medicamentos recetados.

¿Qué significa esto para mí?

- Lo primero que hay que hacer al ser un cliente del Programa KHC es solicitar el programa de Ayuda Adicional a través de la Administración de Seguro Social (SSA) para obtener ayuda con los costos de Medicare. Su trabajador social puede ayudarle con esto.
- Cuando reciba la carta de aprobación o denegación del programa de Ayuda Adicional del Seguro Social, llévesela a su trabajador social.
- Durante los tres meses de espera para que se apruebe su solicitud de Medicare, recibirá el beneficio de medicamentos estándar de KHC. Cuando le aprueben para Medicare, deberá seleccionar e inscribirse en un plan de Medicare que tenga cobertura de medicamentos recetados. Su cobertura de medicamentos estándar del Programa KHC finalizará tres meses después de la fecha de entrada en vigor de Medicare, o cuando se inscriba en la Parte D de Medicare o en un plan Medicare Advantage (Parte C), lo que ocurra primero.
- Si ya tiene Medicare, deber inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Recibirá el beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC durante tres meses a partir de la fecha de entrada en vigor del derecho a los servicios de KHC, o hasta que se inscriba en la Parte C o la Parte D de Medicare, lo que ocurra primero.
- Si solicita y se le deniegan las Partes A y B de Medicare, lleve la carta de denegación a su trabajador social. Si no reúne los requisitos para Medicare, recibirá el beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC. KHC cubrirá cuatro medicamentos relacionados con la enfermedad renal en etapa

terminal (ESRD) al mes con un suministro para 34 días y un copago de \$6 por receta.

- Dependiendo del nivel del programa de Ayuda Adicional que reciba de la Administración de Seguro Social, el Programa KHC le proporcionará una ayuda limitada para las primas de los medicamentos recetados, los deducibles, los importes del coseguro y la cobertura de Medicare durante el periodo de espera para recibir Medicare.
- El Programa KHC ayudará a los clientes que reúnen los requisitos de la Parte D de Medicare con los pagos de las primas, menos cualquier asistencia de subsidio del Seguro Social, hasta una cantidad máxima permitida de \$35 por mes.

La siguiente es una lista de datos importantes para tener en cuenta sobre el Programa KHC y la cobertura de medicamentos de Medicare.

- Cuando se coordina con Medicare, la cobertura de medicamentos del Programa KHC sigue limitada a cuatro recetas al mes. Estos medicamentos deben estar tanto en la lista de medicamentos del Programa KHC como en la del plan de medicamentos recetados. El Programa KHC proporcionará asistencia limitada para las primas de medicamentos recetados, deducibles, montos de coseguro y cobertura de Medicare durante el periodo de espera para recibir Medicare.
- El Programa KHC no pagará las primas de la Parte D para los planes no inscritos en el programa y no puede proporcionar asistencia para las primas a los clientes que se inscriban en un plan de Medicare Advantage. Si el cliente no reúne los requisitos para Medicare, el beneficio de medicamentos estándar con el Programa KHC seguirá igual. Cuando el cliente reúna los requisitos para Medicare, tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- El Programa KHC no puede ayudar a los clientes con seguros de medicamentos privados.
- Si un cliente tiene un seguro privado de medicamentos, comuníquese con la aseguradora para ver cómo se compara su actual seguro de medicamentos con los nuevos planes de medicamentos recetados de Medicare. La cobertura estándar de medicamentos del Programa KHC no es tan exhaustiva como la de Medicare.
- Si un cliente pierde su seguro privado de medicamentos, debe solicitar Medicare según el diagnóstico de ESRD.

- Los medicamentos inmunosupresores (ISD) para los clientes de trasplante de riñón seguirán con cobertura de la Parte B de Medicare. El Programa KHC cubrirá el 20% del coseguro de los ISD de la lista de medicamentos cubiertos por KHC para los clientes de trasplante de riñón si el cliente no tiene una cobertura suplementaria. Esta asistencia contará para el límite mensual de cuatro recetas que proporciona el Programa KHC.
- Todas las ayudas del Programa KHC dependen de la disponibilidad de fondos.

Aviso de cobertura no deducible

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados del Programa para la Salud Renal y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura estándar de medicamentos recetados con el Programa para la Salud Renal (KHC) y la cobertura de medicamentos recetados disponible para todas las personas con Medicare.

El Programa KHC ha determinado que **no se espera que la cobertura de medicamentos recetados estándar que se ofrece a través del programa, en promedio y para todos los clientes, pague tanto como el plan estándar de nivel básico de medicamentos recetados de Medicare.**

Si tiene un seguro privado, comuníquese con su aseguradora para ver cómo se compara la cobertura de su seguro con los planes de medicamentos de Medicare.

Es posible que vuelva a recibir este aviso en el futuro, antes de la próxima vez que pueda inscribirse para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare o si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare,

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Llame al 800-633-4227 (800-MEDICARE). Los usuarios del servicio de TTY pueden llamar al 877-486-2048.
- Hable con su trabajador social de diálisis o trasplante de riñón.

Solicitudes de pago

La forma de presentar una solicitud de pago depende del tipo de solicitud.

Solicitudes de beneficios de medicamentos

Los clientes del Programa KHC pueden ir a cualquier farmacia participante en el Programa KHC para obtener sus medicamentos. La farmacia presenta electrónicamente la solicitud para el pago al Programa KHC a través del procesador de solicitudes de farmacia contratado por la HHSC. La coordinación de beneficios electrónica (COB) es necesaria para los clientes con cobertura de Medicare. La mayoría de las farmacias en el estado pueden proporcionar servicios de medicamentos a los clientes del Programa KHC.

Pregunte a su farmacia actual si participa en el Programa KHC. Si no lo es, llame al Programa KHC para obtener una lista de farmacias participantes.

Solicitudes de reembolso de millaje de transporte

El cliente tendrá que presentar cualquier cambio de domicilio al Programa KHC a más tardar 30 días después del cambio para que se le pueda reembolsar el millaje correcto de ida y vuelta.

Para los clientes que reciben diálisis en un centro, su trabajador social de diálisis recibe un informe mensual de transporte en el que se indica cuántos viajes ha realizado para recibir el tratamiento de diálisis. Este informe se utiliza para determinar sus beneficios de transporte a final de mes.

Los beneficios de transporte se tramitan mensualmente con base en el millaje de ida y vuelta establecido en el registro, el estado del tratamiento y el número de viajes de ida y vuelta realizados para el tratamiento cada mes. Debe recibir el pago a más tardar dos o tres semanas después de la presentación del informe mensual de transporte por parte del trabajador social. El Programa KHC no cubre los viajes gratuitos que le proporcionen otras dependencias o servicios.

Los clientes que reciben diálisis en casa y los de trasplante de riñón presentan las solicitudes de pago de transporte a KHC en un [formulario de solicitud de pago de transporte de KHC](#). Siga las instrucciones del formulario de solicitud de

pago de transporte del Programa KHC para garantizar que se tramite de forma correcta:

- 95 días a partir del último día del mes en que se prestaron los servicios
- 60 días a partir de la fecha que figura en el Aviso de cumplimiento de requisitos del Programa KHC para los clientes recién inscritos.

El formulario de solicitud de pago de transporte y las instrucciones para los clientes que reciben diálisis en casa y los de trasplante de riñón están disponibles a través de los especialistas en servicio al cliente llamando al 800-222-3986.

Solicitudes de beneficios médicos

Las solicitudes de beneficios médicos deben ser enviadas por el proveedor del Programa KHC participante. Si usted reúne los requisitos para recibir beneficios médicos, lleve su Aviso de cumplimiento de requisitos a sus proveedores de diálisis y cirugía de acceso para la facturación y el pago de los gastos médicos permitidos.

Las solicitudes de beneficios médicos y de transporte deben ser recibidas por el Programa KHC a más tardar:

- 95 días a partir del último día del mes en que se prestaron los servicios.
- 60 días a partir de la fecha que figura en el Aviso de cumplimiento de requisitos del Programa KHC para los clientes recién inscritos.

Los proveedores del Programa KHC recién aprobados deben asegurarse de que el programa reciba sus solicitudes 60 días a partir de la fecha de la carta de aprobación del acuerdo, pero antes de los 180 siguientes a la fecha del servicio.

Cancelación de los beneficios

Los beneficios del Programa KHC pueden cancelarse por cualquiera de los motivos siguientes:

- No mantener la residencia en Texas.
- No proporcionar los datos solicitados por el Programa KHC sobre los ingresos.
- No reembolsar al programa (según lo solicitado) los pagos en exceso.
- No solicitar Medicaid si el cliente cumple con los requisitos de participación de Medicaid.
- No informar al Programa KHC en un plazo de 30 días de los siguientes cambios: domicilio permanente, estado del tratamiento, cobertura del seguro, lugar del tratamiento, millaje de ida y vuelta al lugar del tratamiento, cambios en los ingresos o en los requisitos financieros que afecten el derecho a los beneficios del cliente.
- El cliente ingresa en una cárcel o prisión de la ciudad, el condado, el estado o federal.
- El cliente recupera la función renal o abandona voluntariamente el tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
- El cliente pasa a estar bajo la tutela del estado.
- El Programa KHC determina que la solicitud o los documentos de apoyo contienen declaraciones erróneas o falsas.
- El Programa KHC determina que el cliente ha presentado solicitudes falsas.
- No se han presentado solicitudes de los beneficios a nombre de los clientes durante 12 meses consecutivos.
- El cliente reúne los requisitos para tener derecho a los beneficios de medicamentos, transporte y médicos bajo el programa de Medicaid.

Reconsideración y la audiencia imparcial

Derechos del cliente

Los clientes del Programa KHC tienen derecho a solicitar una revisión administrativa y una audiencia imparcial para cualquier decisión que el programa haya tomado en relación con los beneficios, los requisitos y las solicitudes.

Cómo solicitar una revisión administrativa

Si por alguna razón los beneficios de un cliente han sido modificados o cancelados por el Programa KHC (ver la sección de "Cancelación de los beneficios"), el cliente recibirá una carta de cancelación. La carta incluirá una explicación del motivo o motivos de la acción y una explicación del derecho del cliente a solicitar una revisión administrativa.

El aviso también explicará cómo puede el cliente solicitar una revisión administrativa, incluida la dirección a la que debe enviar las solicitudes por escrito y el número de teléfono al que debe llamar para pedir ayuda con la revisión administrativa.

El aviso indicará que la solicitud de revisión administrativa debe enviarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso. De no hacerlo, se renunciará al derecho a una revisión administrativa y a una audiencia imparcial y la acción será definitiva.

Cuando se haya solicitado una revisión administrativa dentro del plazo establecido, El Programa KHC tendrá 30 días para revisar la acción y tomar una decisión. Si el Programa KHC decide que la solicitud de revisión administrativa no es aprobada y que se tomará una acción, se notificará al cliente sobre su derecho a una audiencia imparcial.

Cómo solicitar una audiencia imparcial

Si Programa KHC no aprueba la solicitud de un cliente después de una revisión administrativa, el cliente recibirá un aviso por escrito sobre su derecho a una audiencia imparcial. El aviso del derecho a una audiencia imparcial incluirá la acción que el Programa KHC pretende tomar, una explicación de los motivos de la acción, y una explicación del derecho del cliente a solicitar una audiencia imparcial.

El aviso explicará cómo el cliente puede solicitar una audiencia imparcial e incluirá la dirección a la que debe enviar las solicitudes por escrito. El aviso también indicará que la solicitud de una audiencia imparcial debe enviarse en un plazo de 20 días a partir de la fecha del aviso. De no hacerlo, se renunciará al derecho a una audiencia imparcial y la acción será definitiva.

Información sobre la política de KHC

Depósito directo

El pago de su beneficio se deposita electrónicamente en su cuenta bancaria mediante depósito directo. Es la forma de pago más rápida y conveniente. Para inscribirse, usted y su entidad financiera deben llenar el formulario [Autorización de depósito directo](#) y enviar el original firmado a:

Kidney Health Care Program
Mail Code 1938
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9947

Auditoría de registros de transporte

El Programa KHC realizará auditorías periódicamente de los registros de transporte, incluido el millaje de ida y vuelta (RTM) y el número de viajes reclamados. Usted debe revisar su explicación de beneficios (EOB) al recibirla. Cuando usted acepta el pago de un viaje, reconoce que la información en la que se basa el pago es correcta y que es responsable de cualquier pago en exceso.

Pacientes que reciben hemodiálisis: Su trabajador social informará de los viajes que usted hace cada mes para recibir diálisis. Asegúrese de reportar el número correcto de viajes que hace al mes para recibir diálisis.

Otra cobertura

Los beneficios disponibles para los clientes del Programa KHC dependen del estado del tratamiento y del derecho a los beneficios de otros programas como Medicare, Medicaid o seguros privados. El Programa KHC es el pagador en última instancia. Los beneficios del Programa KHC solo se pagan después de que todos los demás pagadores hayan cumplido con su responsabilidad. Comuníquense con su trabajador social o llame al Programa KHC para obtener más información sobre la cobertura específica.

Cambios en el estado del tratamiento

Cuando cambia el estado del tratamiento de un cliente, se deberá notificar al Programa KHC en un plazo de 30 días a partir del cambio. **De no hacerlo, podría**

resultar en la modificación o cancelación de los beneficios o en la denegación de la solicitud. Su trabajador social se comunicará con el Programa KHC y notificará el cambio por escrito a un especialista en requisitos del programa o llamando a la línea de ayuda al 800-222-3986.

Cambios de domicilio

Cuando un cliente se muda, se debe notificar al Programa KHC del cambio de domicilio en un plazo de 30 días. **De no hacerlo, podría resultar en la modificación o cancelación de los beneficios o en la denegación de la solicitud.** Aunque se haya registrado un cambio de domicilio en la oficina de correos, cualquier retraso en la notificación de la nueva dirección al Programa KHC podría dar lugar al envío de cheques a la dirección equivocada. Un cambio de domicilio también puede afectar a los beneficios de transporte.

Recursos de KHC

Siglas

CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid): La dependencia federal que supervisa la administración y el funcionamiento de Medicare y Medicaid.

COB (coordinación de los beneficios): El método para determinar qué plan o seguro pagará primero si dos o más planes de salud cubren los mismos beneficios.

ESRD (enfermedad renal en etapa terminal): La pérdida irreversible de la función renal. También se conoce como enfermedad renal terminal.

Programa KHC (Programa para la Salud Renal)

VDP (Vendor Drug Program): El programa de la HHSC que supervisa al contratista de solicitudes designado que tramita las solicitudes de medicamentos para Medicaid, el Programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales (CSHCN), el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Programa para la Salud Renal.

Términos de uso frecuente de la Parte D de Medicare

Prima mensual: La cantidad mensual que cobran los planes por la afiliación a la Parte D (recetas médicas) de Medicare.

Deducible anual: La cantidad que usted tiene que pagar cada año antes de que el plan empiece a pagar sus recetas.

Coseguro: El porcentaje del costo de las recetas que usted paga una vez alcanzado el deducible anual.

Copago: Una pequeña cuota por cada receta que el cliente debe pagar.

Brecha (o donut hole): La brecha de cobertura es un límite temporal en lo que la mayoría de los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare o de Medicare Advantage pagan los costos de los medicamentos recetados, donde el paciente tiene que pagar un costo mayor de su bolsillo hasta un límite anual.

Límite catastrófico: Cuando haya alcanzado un determinado nivel de gastos de su bolsillo, la Parte D de Medicare pagará el 95% de los costos de los medicamentos.

Contactar el Programa para la Salud Renal

Número de teléfono

800-222-3986

8 a.m. a 5 p.m. hora del centro

Lunes a viernes

Para clientes del área de Austin

512-776-7150

Número de fax

512-776-7162

Correo electrónico

khc@hhs.texas.gov

Dirección postal

Kidney Health Care Program

Mail Code 1938

P.O. Box 149030

Austin, TX 78714-9947



Página de referencia para solicitudes de medicamentos de farmacia

Escriba su nombre y su número de identificación del Programa para la Salud Renal (KHC) (que empieza con 8) a continuación y entregue esta página de referencia a las farmacias de los proveedores para que facturen las solicitudes al Programa para la Salud Renal.

Su nombre: _____

Identificación de cliente del Programa para la Salud Renal: _____

El Programa KHC pagará **cuatro medicamentos** de la lista de medicamentos del Programa KHC cada mes. Debe elegir los cuatro medicamentos más caros que le hayan recetado para obtener el mayor beneficio de este servicio.

El Programa para la Salud Renal de Texas puede utilizarse en la mayoría de las farmacias. El Programa KHC pagará el copago de las recetas que estén coordinadas con Medicare. Si Medicare no hace un pago primario de su receta y el Programa KHC paga el costo total, usted tendrá un copago de \$6. Si usted no tiene derecho a la cobertura de Medicare, habrá un copago de \$6 por cada receta.

For pharmacy staff/Para el personal de la farmacia:

For **Kidney Health Care Drug Claims**, use the following information:

BIN #: 025417

PCN: DRTXPRODKH

GROUP: KHC

For claims coordinated with Medicare:

The **Other Payer ID** for Medicare Part D must be **MEDICARERX**.

The **Other Payer Qualifier** for Medicare Part D must be **99 (Other)**.

The **Other Payer ID** for Medicare Part B must be **MEDPARTB**.

The **Other Payer Qualifier** for Medicare Part B must be **99 (Other)**.

For **questions** about claims, call **800-222-3986**. Have the **KHC Client ID** ready.

hhs.texas.gov/es

Estimados clientes del Programa para la Salud Renal (KHC):

A continuación encontrará información importante sobre:

- El Programa KHC y sus primas de la Parte D de Medicare (lo que usted paga cada
- Sus beneficios de medicamentos de KHC.

KHC y sus primas de la Parte D de Medicare

Así es como el Programa KHC puede ayudarle a pagar su plan de la Parte D de Medicare cada mes:

En primer lugar, usted **debe** estar inscrito en un plan independiente de la Parte D de Medicare para obtener ayuda con las primas de la Parte D.

- El Programa KHC **no** ayudará a las personas que tengan planes de Medicare Advantage (Parte C), cobertura médica privada o de grupo, o cualquier otro plan de terceros.
- El Programa KHC **no** ayudará a las personas que tengan un plan independiente de la Parte D de Medicare y otro seguro.

A continuación, usted **debe** elegir la opción de "facturación directa" para su pago mensual. Esto permite que su plan de la Parte D le facture al Programa KHC el costo de su seguro cada mes.

- El Programa KHC **no** le reembolsará los pagos mensuales que usted haga directamente a su plan de la Parte D.
- El Programa KHC **no** pagará su plan de la Parte D si usted lo paga con su beneficio de Seguro Social, cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Estos son los límites de lo que el Programa KHC puede hacer para ayudarle con los costos de la Parte D de Medicare:

El Programa KHC solo pagará hasta \$35 al mes por sus pagos mensuales de la Parte D de Medicare. Usted tendrá que pagar cualquier cantidad que aún se deba después de que el Programa KHC haga su pago. Si usted acaba de inscribirse en un plan de la Parte D o ha hecho cambios en su plan de la Parte D, llame al 800-222-3986 para actualizar su cuenta.

Lo que debe saber sobre el Beneficio Adicional del Seguro Social:

La Administración de Seguro Social puede ofrecerle el Beneficio Adicional para pagar el costo de su plan de medicamentos de Medicare. Pregunte a su trabajador social si puede obtener el Beneficio Adicional.

- Si cumple los requisitos y quiere el Beneficio Adicional, debe solicitarlo. Llame al 800-772-1213 para solicitarlo o visite ssa.gov para solicitarlo en línea. Para las personas sordas o con problemas auditivos, el número gratuito de TTY es 800-325-0778.
- Si recibe el Beneficio Adicional de Seguro Social y tiene un plan independiente de la Parte D, el Programa KHC descontará esa cantidad de los \$35. Por ejemplo, si recibe \$10 del beneficio de Ayuda Adicional, el Programa KHC pagará los \$25 restantes.

Visite la página web del Programa KHC en hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-para-la-salud-renal o llame al 800-222-3986 para saber cuánto puede pagar el Programa KHC cada mes si recibe el beneficio de Ayuda Adicional.

Sus beneficios de medicamentos del Programa KHC

El Programa KHC tiene tres tipos de beneficios de medicamentos:

- Beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC
- Beneficio de medicamentos para clientes con la Parte C de Medicare (planes Advantage) o la Parte D
- Beneficio de medicamentos para clientes de trasplantes de riñón con la Parte B y la Parte C o D de Medicare

Si no puede obtener Medicare, recibirá el beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC. (Ver a continuación).

Si usted es un nuevo cliente de KHC que está esperando calificar para Medicare, usted recibirá el beneficio de medicamentos estándar de KHC por hasta tres meses después de su fecha de entrada en vigor del Programa KHC.

Si usted no pertenece a ninguno de estos grupos, llame al 800-222-3986.

Beneficio de medicamentos estándar del Programa KHC:

- El Programa KHC pagará hasta cuatro medicamentos al mes.

- Los medicamentos deben estar en la lista de medicamentos del Programa KHC.
- Usted puede recibir un suministro de hasta 34 días de cada uno de los cuatro medicamentos.
- El costo es de **\$6** por cada uno de los cuatro medicamentos.

Beneficio de medicamentos para clientes con cobertura de medicamentos de Medicare:

El Programa KHC pagará hasta cuatro medicamentos al mes después de que Medicare haga su pago. Esto incluye los medicamentos inmunosupresores para clientes de trasplantes de riñón que se pagan a través de la Parte B de Medicare. Los medicamentos deben estar en la lista de medicamentos del Programa KHC **y** del plan de la Parte D de Medicare.

Usted puede recibir un suministro de hasta 90 días de cada uno de los cuatro medicamentos, si eso es lo que dice su receta, y Medicare paga por un suministro de 90 días.

Nota: La Parte B solo pagará un suministro de 30 días para los medicamentos inmunosupresores.

El costo es de **\$0** para medicamentos de las listas de medicamentos del Programa KHC y de Medicare, **y \$6** para medicamentos de la lista de medicamentos del Programa KHC cuando el programa es el único pagador de la solicitud y Medicare no paga nada.

Esto es así incluso cuando se está en el periodo del deducible o "brecha" de la cobertura de Medicare.

Importante: No importa el tipo de plan que tenga, el Programa KHC solo puede pagar cuatro medicamentos al mes. Asegúrese de elegir los cuatro medicamentos con mucho cuidado. Usted tendrá que pagar por cualquier otro medicamento después de que el Programa KHC pague por esos cuatro.

Dígale a su farmacia que le facture al Programa KHC. Tendrá que darle su número de cliente del Programa KHC. Si necesita ayuda con la facturación al Programa KHC, díganos que nos llamen al 800-222-3986. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, hable con su trabajador social o llame al Programa KHC al 800-222-3986.

Atentamente,

Programa para la Salud Renal
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas