



## TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES

DAVID L. LAKEY, M.D.  
COMMISSIONER

P.O. Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347  
1-888-963-7111  
TTY: 1-800-735-2989  
[www.dshs.state.tx.us](http://www.dshs.state.tx.us)

January 26, 2009

To Kidney Health Care providers:

The Kidney Health Care (KHC) Program has a new travel claim form for clients who are on home dialysis or have received a kidney transplant. Please inform your clients who fit in one of those categories to start using this form, and let them know they should not use the old form.

Please also remind them that KHC can help pay for their trips to get health care that is related to their end-stage renal disease **only**, and they must tell KHC the reason for the trips on the form itself. To help facilitate that for the clients, the form lists the most common reasons clients claim travel to health care visits. They need to choose one of those reasons for each trip. If their reason is not on the list, they will have to fill out both pages (sides) of the form. They may need your help with the second page, so please assist them if they need it.

We have included a copy of the form in English and Spanish, along with a page of bilingual instructions for how to fill it out. You can make copies of the form, download the form or instructions from our website at [www.dshs.state.tx.us/kidney/forms](http://www.dshs.state.tx.us/kidney/forms), or call us for more copies.

If you have questions, please call us at 1-800-222-3986. Thank you for all you do to help our clients!

Sincerely,

Carol Labaj, RN, BSN  
Manager, Purchased Health Services Unit

*The Purchased Health Services Unit administers the following programs within the Specialized Health Services Section of the Division for Family and Community Health Services: the Children with Special Health Care Needs Services Program, the Glenda Dawson Donate Life--Texas Registry, the Hemophilia Assistance Program, and the Kidney Health Care Program.*

**FORMULARIO PARA RECLAMAR VIAJES (KHC-3A)**  
**DE CLIENTES QUE HACEN DIÁLISIS EN CASA O RECIBIERON UN TRASPLANTE DE RIÑÓN**

**1. Díganos quién es usted. Escriba en letra de molde o a máquina.**

<u>Apellido</u>	<u>Primer nombre</u>	<u>Inicial del 2° nombre</u>	<u>Núm. de KHC</u>
<u>Número de teléfono</u>		<u>Número de seguro social (opcional)</u>	

**2. Díganos adónde fue usted y por qué.**

Necesita rellenar todas las cuatro columnas de esta tabla. En la última columna, seleccione de la lista a continuación 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.

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

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

FECHA MM/DD/AÑO	NOMBRE DEL PROFESIONAL O EL LUGAR ADONDE FUE, CON CIUDAD O CÓDIGO POSTAL	MILLAJE DE IDA Y VUELTA	RAZÓN POR EL VIAJE (Utilice un código de la lista o marque "Otra")
			_____ <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
			_____ <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
			_____ <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
			_____ <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)

**3. Firme a continuación para indicar que usted entiende y está de acuerdo con lo siguiente:**

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

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si el cliente no puede firmar)

**Aviso sobre su derecho a la privacidad**

Salvo en algunos casos, usted tiene el derecho a pedir y conocer la información que el Estado de Texas tiene con respecto a usted. Usted puede pedirla en cualquier momento. Puede obtenerla y asegurar que es correcta. Tiene el derecho a pedir que el organismo estatal corrija todo lo que sea incorrecto. Vea <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de su derecho a la privacidad. (Referencia: Código gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559,004)

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Inicial del 2° nombre</b>	<b>Núm. de KHC</b>
-----------------	----------------------	------------------------------	--------------------

Rellene las casillas en blanco a continuación 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 un repaso médico con esta información. Es posible que KHC llame a sus médicos para más información. KHC le dirá su decisión después del repaso. 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.

<b>For Use By KHC Reviewer ONLY [Para el uso de KHC solamente]</b>			
Reviewer:	Date:	Allow Trip(s):	Disallow Trip(s):
Comments:			



**KIDNEY HEALTH CARE**  
**PO Box 149347 (MC 1938)**  
**Austin, Texas 78714-9347**  
**1-800-222-3986**

**TRAVEL CLAIM FORM (KHC-3)**  
**FOR HOME DIALYSIS AND KIDNEY TRANSPLANT CLIENTS**

**1. Tell us who you are. Please print or type.**

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>Middle Initial</b>	<b>KHC #</b>
<b>Phone number</b>		<b>Social Security Number (optional)</b>	

**2. Tell us where you went and why.**

You need to fill in all four columns of this table. For the last column, choose the code from the list below that best describes the reason for your trip. The travel you claim must be related to end-stage renal disease or kidney transplant.

- |                                |    |                              |    |
|--------------------------------|----|------------------------------|----|
| Access Surgery                 | AS | Lab tests, X-rays or other   | XR |
| Access Complication            | AC | Nephrologist Visit           | NE |
| PD Support                     | PD | Peritoneal Clinic Visit      | PC |
| Check-up after your transplant | AT | Tests before your transplant | BT |
| Epogen                         | EP | Transplant Surgery           | TS |

If the reason for your trip is not on the list then: (1) Check the box marked "Other" and (2) Fill in the back of this form.

DATE MM/DD/YY	NAME OF PERSON OR PLACE AND CITY OR ZIP CODE WHERE YOU WENT	ROUND TRIP MILEAGE	REASON FOR TRIP (Use a code from the list or choose "other")
			_____ <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
			_____ <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
			_____ <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
			_____ <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)

**3. Sign below to show that you understand and agree to this:**

I agree that each trip shown above was for travel and mileage that is allowed. I also agree that no other agency can pay me back for the trip and mileage. I understand that if I hold back any facts or put down things that are not true, I may be doing something that is against the law. In that case, I could lose my benefits, have to pay money back, or face legal actions.

\_\_\_\_\_  
**Your signature**

\_\_\_\_\_  
**Witness signature (if client cannot sign)**

**Notice about Your Right to Privacy**

Except in some cases, you have the right to ask for and know the information the State of Texas has about you. You can ask for it at any time. You can get it and make sure it is right. You have the right to ask the state agency to correct anything that is wrong. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Your Right to Privacy. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)



## How to fill out the new Kidney Health Care (KHC) travel claim form KHC-3

The form is for transplant and home dialysis clients **only**.

Use the claim form **only** for health-care visits related to your end-stage renal disease or kidney transplant. You cannot claim travel for other health reasons.

You must tell KHC the reason for the health-care visits. There is a place for that on the form.

- The form has a list of the most common reasons our clients go to the doctor. You need to find the reason on the list and write the two-letter code for that reason in the box on the form.
- Here is an example of how to fill out that part of the form.

Access Surgery	<b>AS</b>	Lab tests, X-rays or other	<b>XR</b>
Access Complication	<b>AC</b>	Nephrologist Visit	<b>NE</b>
PD Support	<b>PD</b>	Peritoneal Clinic Visit	<b>PC</b>
Check-up after your transplant	<b>AT</b>	Tests before your transplant	<b>BT</b>
Epogen	<b>EP</b>	Transplant Surgery	<b>TS</b>

If the reason for your trip is not on the list then: (1) Check the box marked "Other" and (2) Fill in the back of this form.

DATE MM/DD/YY	NAME OF PERSON OR PLACE AND CITY OR ZIP CODE WHERE YOU WENT	ROUND TRIP MILEAGE	REASON FOR TRIP (Use a code from the list or choose "other")
11/07/08	Lab tests- R - Us Big City, TX	20	<u>BT</u> <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
11/10/08	Big City Hospital Big City, TX	40	<u>TS</u> <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
11/17/08	Jane Smith, MD office Little City, TX	14	<u>AT</u> <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)
			<u>      </u> <input type="checkbox"/> Other (Fill in the back)

- If your reason is not on the list, you will need to mark the box for "Other" **and** fill out the second page (or back) of the form. What you tell us there will help us figure out if we can pay for your trip.
- You can ask for help from your doctor or someone else where you get your care if you have trouble filling out the second page.

You can only claim four trips per month. That is why there are only four places to fill in on the form.

You must sign the form. When you sign the form, it shows that you understand what the form says. It also shows that you agree that the travel you claim is only for health-care visits for your kidney transplant or end-stage renal disease.

Send your form to KHC at the address shown at the top of the form. Or, you can fax it to (512) 458-7162.

You can make copies of the form to use as you need them. If you have questions, please call KHC at 1-800-222-3986.

## Cómo rellenar el nuevo formulario KHC para reclamar el costo de sus viajes (KHC-3)

Este formulario es **solamente** para clientes que hacen diálisis en casa o recibieron un trasplante de riñón.

Use el formulario **solamente** para visitas de atención médica relacionadas con su insuficiencia renal en fase terminal o trasplante de riñón. No puede reclamar el costo de viajes para otros propósitos.

Tiene que decirnos el propósito de sus visitas de atención médica. Hay un lugar en el formulario para esa información.

- El formulario tiene una lista de las razones más comunes por las cuales nuestros clientes van al médico. Usted necesita buscar la razón en la lista y escribir el código de dos letras que concuerda con esa razón en la casilla en el formulario.
- A continuación hay un ejemplo de cómo rellenar esa parte del formulario.

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

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

FECHA MM/DD/AÑO	NOMBRE DEL PROFESIONAL O EL LUGAR ADONDE FUE. CON CIUDAD O CÓDIGO POSTAL	MILLAJE DE IDA Y VUELTA	RAZÓN POR EL VIAJE (Utilice un código de la lista o marque "Otra")
11/07/08	Lab tests R-Uy Big City, TX	20	<u>BT</u> <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
11/10/08	Big City Hospital Big City, TX	40	<u>TS</u> <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
11/17/08	Jane Smith, MD office Little City, TX	14	<u>AT</u> <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)
			<u>      </u> <input type="checkbox"/> Otra (Rellene el dorso)

- Si su razón no se encuentra en la lista, necesitará marcar la casilla de "Otra" **y también** rellenar la segunda página (o el dorso) del formulario. Lo que nos dice allí nos ayudará a determinar si podemos pagar su viaje.
- Usted puede pedir que le ayude su médico u otra persona donde recibe su atención si tiene problemas al rellenar la segunda página.

Puede reclamar sólo cuatro viajes por mes. Esa es la razón por la cual hay solamente cuatro espacios para rellenar en el formulario.

Tiene que firmar el formulario. Al firmar el formulario, usted indica que entiende lo que dice el formulario. También indica que está de acuerdo que los viajes que reclame son únicamente para atención médica relacionada con su trasplante de riñón o insuficiencia renal en fase terminal.

Envíe su formulario al Programa KHC a la dirección escrita en la parte superior del formulario. O bien, puede enviarlo por fax al (512) 458-7162.

Puede hacer copias del formulario para utilizar tal como lo necesite. Si tiene dudas, llámenos al 1-800-222-3986.