



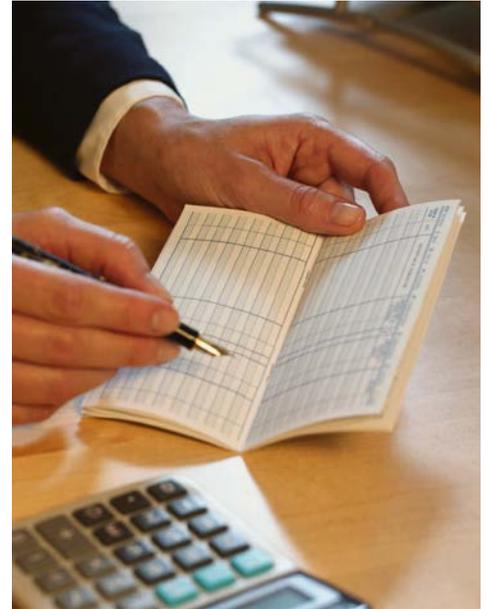
재정 계획

신장 및 췌장 이식을 위하여

이 챕터는 신장이나 신장 및 췌장 이식과 관련된 재정 문제들을 설명합니다.

이식 비용

이식은 많은 비용이 듭니다. 재정 계획은 이식을 위한 계획의 핵심 부분입니다. 귀하는 자신의 보험이 무엇을 부담할 것인지, 그리고 자신이 무엇을 지불할 필요가 있는지를 알아볼 필요가 있습니다. 귀하는 단기 및 장기 비용을 어떻게 처리할지를 결정하게 될 것입니다.



재정 계획은 이식을 위한 계획의 핵심입니다.

단기적인 비용

단기적으로는 환자분은 이러한 비용들을 위한 계획을 세우는 것이 필요할 것입니다:

- 이식 수술 및 입원
- 회복기간 동안 휴직하는 것으로 인한 생활비
- 환자분이 시애틀 거주자가 아닐 경우 숙소, 식비, 및 교통비

장기적인 비용

장기적으로 이식 이후 일생 동안 복용해야 할 약들의 비용을 감당할 필요가 있을 것입니다.

이식비용 지불

의료보험

대부분의 의료보험은 신장 및 췌장 이식을 지불할 것입니다. 하지만 혜택은 보험에 따라 다양합니다. 어떤 것들은 이식비용의 많은 것들을 지불해 줄 것이지만 다른 것들은 많은 것들에 자신 부담이 요구될 수도 있습니다.

환자분의 보험혜택을 주의깊게 살펴보십시오:

- **워싱턴 대학병원(UWMC) 또는 워싱턴 대학 의사(UWP)들이 귀하의 보험회사와 계약이 되었을 경우:**

보험회사에 전화해서 UWMC 와 UWP 들이 보험회사와 계약이 되었는지를 알아보십시오. 그들에게 아래의 ID 번호를 주십시오:

- UWMC's tax ID 번호: 916001537
- UWP's tax ID 번호: 911220843

계약 사정은 환자분이 네트워크 이내 또는 네트워크 바깥의 혜택을 사용할지의 여부를 결정할 것입니다. 어떤 플랜에는 네트워크 외부 혜택이 없습니다. 만일 귀하의 플랜이 이것에 해당되고 UWMC 나 UWP 가 계약되지 않은 경우 귀하는 모든 비용을 지불해야 할 것입니다.

- **환자분의 입원혜택에 관하여:**

갖고 있는 의료보험에 공제금액이 있습니까? 공제액은 환자분의 보험이 지불을 시작하기 전에 의료 서비스 혜택을 위해서 귀하가 지불하는 것입니다. 이 금액은 환자분의 의료보험 플랜에 좌우됩니다.

환자분이 공제액을 지불한 다음 받은 보험 혜택을 받는 서비스에 대하여 *본인 부담금* (코페이)이나 *본인 일부 부담액*을 지불해야만 합니다. 보험회사에서 나머지를 지불합니다.

- **본인 부담금:** 입원기간 동안 매일 본인 부담금이 있을 경우 건강보험에 의하여 처리되는 서비스에 대한 고정액을 지불해야 합니다. 본인 부담금은 약, 검사실 검사, 및 전문의를 보는 것과 같은 다른 서비스에 따라서 다를 수 있습니다. 예를 들어서, 귀하의 클리닉 방문 본인 부담금은 20 불일 수도 있습니다. 귀하의 입원비의 본인 부담금은 하루에 100 불에서 최고 300 불까지 될 수도 있습니다.
- **본인 일부 부담액:** 귀하의 보험이 입원비용의 퍼센트(80 퍼센트와 같은)를 지불할 경우, 귀하가 지불할 몫(20 퍼센트와 같은)이 본인 일부 부담액입니다. 귀하에게 본인 일부 부담액이 있을 경우 이것은 보통 본인 부담금이 있는 경우보다 더 지불하는 것을 의미합니다.

- **대기 기간에 관하여:**

대기 기간은 직장을 통한 건강보험에 의해서 고용인이나 부양 가족을 위하여 혜택이 시행되기 전에 경과해야 하는 시간입니다. 예를 들어서 어떤 보험은 이식비용을 내주기 전에 귀하가 적어도 1 년은 가입되어 있어야 함이 요구됩니다. 언제든지 보험 회사를 바꿀 경우 이러한 대기기간을 확인하십시오.

- **혜택을 조정하는 것에 관하여:**

귀하의 직장 그리고 귀하의 배우자의 직장을 통해서와 같이 1 개 이상의 보험이 있을 경우 *혜택을 조정하는 것에* 관한 이차 보험 약관을 확인하십시오. 일차 보험이 지불한 이후 남은 비용을 이차 보험이 어떻게 부담할 것인지를 알아보십시오.

메디케어(Medicare)

메디케어는 사회보장국(Social Security Administration)에 의해서 운영되는 의료보험입니다. 이 보험은 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)에서 관리합니다. 이 보험은 말기 신장질환이 있거나, 적어도 2 년동안 영구적인 신체장애가 있거나, 나이가 적어도 65 세이상인 사람들에게 혜택을 줍니다.

메디케어는 기본적으로 두가지 부분이 있습니다:

- **파트 A** 는 신장이식, 요양원, 호스피스, 그리고 약간의 가정 의료를 포함한 입원체류를 보험처리합니다. 이것은 또한 입원 중에 발생하는 의사비용을 보험처리합니다.
- **파트 B** 는 입원기간이 아닌 클리닉 방문 의사진료비, 검사실, 방사선과, 내구성 의료 장비(DME), 외래 수술 센터 서비스(ACE), 및 약간의 가정의료를 보험처리합니다. 이것은 또한 승인된 클리닉 방문과 관련된 비용도 보험처리합니다.

메디케어는 공제액과 본인부담금이 있습니다. 이것은 신장이식을 하면서 수천불까지 증가할 수 있습니다. 대부분의 사람들은 그들이 단지 메디케어만 가지고 있을 경우 신장 이식을 감당할 수 없습니다. 이것은 다른 의료보험도 필요하다는 것을 의미합니다.

메디케어 보충 또는 “메디갭” 보험

이 보험들은 메디케어 혜택을 보충합니다. 대부분의 경우 그것들은 메디케어 본인 부담금 및 공제액을 지불합니다. 그들은 흔히 메디케어에서 보험처리 해주지 않는 것들을 보험처리해 줍니다. 메디케어와 보충보험 둘 다를 가지는 것은 신장이식의 대부분의 비용이 보험처리될 공산이 큼니다.

메디케어 파트 D

만일 귀하가 메디케어 파트 A 나 파트 A 와 B 를 가지고 있으면 파트 D 에 가입할 수 있습니다. 이것은 메디케어 처방약 프로그램입니다. 이 프로그램은 어느 정도의 약들을 보험처리해 주지만 전부 다는 아닙니다.

파트 D를 보태고 싶을 경우, 월별 요금(보험료)을 가외로 지불하실 것입니다. 파트 D는 보험료 및 혜택 수준의 폭이 있습니다.

파트 D는 이식 이후 복용하실 많은 약들을 보험처리해 줄 것입니다. 하지만 파트 D는 귀하의 면역억제제를 보험처리하지 않습니다. 그것들은 메디케어 파트 B에서 보험처리해 줍니다.

- 메디케어와 메디케이드 둘 다 갖고 있을 경우, 귀하는 파트 D도 갖고 있습니다. 파트 D를 위해서 추가로 월별요금 또는 공제액을 지불하지 않을 것입니다. 어떤 약들은 소액의 본인 부담금을 지불할 수도 있습니다.
- 메디케이드가 없을 경우, 매월 보험료, 연례 공제액, 및 각각의 처방약에 대한 본인 부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 저소득층자이고 메디케이드가 없는 경우, 메디케어에서 매월의 보험료, 공제액, 및 본인 부담금을 지불하는 보조금을 제공할 수 있습니다. 저소득 보조금을 신청하기 위해서는 800-772-1213로 사회보장국에 전화하거나 www.ssa.gov에 들어가 보십시오. 파트 D를 신청하기 위해서는 매년 연말의 메디케어 공개등록기간까지 기다려야 할 수도 있습니다.

메디케이드

메디케이드는 주정부에서 운영하는 의료보험이며 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)에 의해서 관리됩니다. 이것은 연방정부와 개개의 주정부에서 지불합니다.

메디케이드는 소득이 아주 낮고 의학적 장애인 사람을 위한 것입니다. 이것은 의료비를 100 퍼센트 지불할 것입니다. 자격이 되는지를 알기 위해서 사회복지사와 상담하십시오.

2010년에 건강보험개혁법(Affordable Care Act)은 연방빈곤수준의 138 퍼센트 이하의 소득의 모든 성인들의 의료보험을 위하여 메디케이드 프로그램을 확장했습니다. 워싱턴주는 건강보험개혁법이 소개된 이후 메디케이드 프로그램을 확장했습니다. 하지만 어떤 주는 메디케이드 프로그램 확장하는 것을 선택하지 않았습니다. 웹사이트 www.healthcare.gov에서 더 자세히 알 수 있습니다.

보험혜택 검토

아직까지 하지 않았으면 담당 이식 재정상담사와 귀하의 의료보험 혜택을 검토하십시오. 재정상담사는 이식을 위해서 충분한 보험혜택의 여부를 확인해 줄 수 있습니다.

의약품 지불

대부분의 경우 의료보험의 도움없이 감당할 수 없을 정도로 이식약은 너무 비쌉니다. 처방약 보험혜택을 확인하십시오. 예상되는 본인 부담금 및 공제액이 얼마나 될지를 알아두십시오. 이식 이후 귀하는 많은 약들을 복용하실 것이며 각각 약마다 본인 부담금이 있을 것입니다.

이식 이후 의료보험 혜택을 유지하는 것은 매우 중요합니다. 귀하의 약값은 연간 12,000 불에서 15,000 불 정도 들 수 있습니다. 의료보험이 있다 해도 이 약값의 일부를 지불해야 할 수도 있습니다.

다음은 귀하의 처방약 혜택에 관해서 물어보아야 할 몇가지 질문들입니다:

- 귀하의 보험이 처방약값의 보험혜택을 예를 들어서 50 퍼센트, 80 퍼센트, 또는 90 퍼센트와 같이 특정 비율로 처리합니까? 아니면 한달치의 처방약에 대하여 10 불을 지불해야 하는 것처럼 처방당 본인부담금을 지불합니까?
- 귀하의 보험이 복제약인지 또는 유명상표인지를 기준으로 다른 혜택을 제공합니까? 이식을 받은 사람들은 흔히 복제약이 없는 유명상표약들을 처방받습니다. 유명 상표약들은 아주 비쌀 수 있습니다. 귀하의 보험이 이 약들을 위해서 더 높은 본인 부담금이나 퍼센트로 지불하는 것이 요구되는지를 알아보십시오.
- 귀하의 보험이 우편주문 약국을 제공합니까? 일부의 우편주문 약국에서는 귀하가 한달치 약만 동네약국에서 구입할 경우보다 3 개월치의 약을 더 낮은 본인부담금으로 구입하도록 허용합니다.

메디케이드

메디케이드는 대부분의 처방약값을 부담합니다. 어떤 약들은 약간의 본인 부담금을 지불할 수도 있습니다. 메디케어 및 메디케이드 둘 다를 갖고 있을 경우 귀하의 처방약들은 메디케이드가 아닌 메디케어 파트 D 에서 부담할 것입니다.

메디케이드를 받을 자격이 되는지가 확실하지 않거나 약들을 무슨 프로그램에서 지불할 것인지에 관한 질문이 있을 경우 재정 상담사와 상담하십시오.

메디케어

메디케어 파트 B 를 가지고 있는 경우 이식 이후에 어떤 처방약들을 보험처리해주는 지에 제한이 있습니다. 파트 B 아래에 어떻게 처방약보험이 작용하는지에 대한 약간의 규칙이 여기에 있습니다:

- 메디케어 파트 B 는 이식 이후 적어도 3 년 동안 80 퍼센트로 면역억제제를 보험처리해줍니다. 귀하(아니면 귀하의 다른 보험)는 20 퍼센트의 본인부담금을 지불할 것입니다. 메디케어 파트 B 는 다른 외래 의약품들에 대한 보험혜택이 없습니다.

- 이식 이후 3 년째 되는 해에 귀하의 외래환자 처방약 보험혜택은 다음의 예외에 해당되지 않으면 끝날 것입니다:

- 65 세나 더 나이가 먹음
또는:
- 적어도 2 년 동안 사회보장장애(SSD) 혜택을 받고 있음

이 두가지 조건이 하나라도 부합될 경우중 귀하의 메디케어 외래환자 면역억제제 혜택은 이식 이후 3 년이 지난 후에도 지속될 것입니다. 메디케어 약보험은 적어도 귀하가 65 세가 아닌 한 보조적 소득보장(SSI)을 받고 있을 경우 이식 이후 3 년보다 더 오래 지속되지 않을 것입니다. SSI 는 SSD(이 챗터의 마지막 페이지를 보십시오)와는 다른 프로그램 입니다.

- 메디케어 파트 D 는 이식을 받는 시기에 메디케어를 가지고 있지 않는 한 귀하의 면역억제제를 보험처리해주지 않을 것입니다. 하지만 신장이식 이후 귀하가 복용하게 될 다른 많은 약들을 보험처리해 줄 것입니다. 파트 D 는 메디케어를 받을 자격이 있는 동안만 지속될 것입니다. 이것은 이식 이후 귀하의 메디케어 파트 A 및 B 가 끝날 경우 메디케어 파트 D 하의 약보험혜택도 끝날 것을 의미합니다.

- 고용주 또는 배우자를 통해서 다른 보험혜택이 있을 경우 메디케어는 귀하의 메디케어 혜택의 첫 30 개월 동안 이차보험이 될 것입니다. 이것은 귀하의 다른보험이 일차로 지불하는 것을 의미합니다. 약값의 일부분이 보험에서 지불한 후에도 아직도 남아있을 경우 그 부분은 메디케어로 청구될 수 있습니다.

- 귀하가 개인적으로 의료보험을 가지고 있을 경우 메디케어는 항상 귀하의 기본적인 보험입니다.

- 메디케어 혜택의 30 개월 이후, 메디케어는 귀하의 기본적인 보험이 될 것입니다. 이것은 귀하의 모든 의료 청구서들이 메디케어에 우선적으로 청구될 필요가 있음을 의미합니다. 청구서의 남은 부분의 비용은 다른 보험에 보내질 수 있습니다.

- 어떤 약국은 처방약을 위해서 메디케어 파트 B 에 청구하지 않을 것입니다. 하지만, 대부분의 약국에서는 파트 D 약보험에 청구서를 보낼 수 있습니다.

귀하의 약국에서 파트 B 에 청구서를 보낼 수 없을 경우 다른 약국 선택지에 대해서 귀하의 이식 사회복지사나 약사와 상담해주시오.

- 이식 약들을 전문으로 하는 우편주문 약국은 메디케어에 청구하는 것을 포함한 귀하의 모든 청구를 해 줄 것입니다. 귀하가 메디케어 외에 다른 보험을 있을 경우 우편주문 약국은 귀하를 위해서 그 보험에 청구할 수 있는지도 알기 위하여 확인할 것입니다.
- 귀하에게 어떤 약들에 대한 보험혜택이 없을 경우 어떤 제약 회사는 환자분을 도와줄 수도 있는 재정지원 프로그램을 가지고 있습니다. 담당 약사나 사회복지사에게 이러한 프로그램들에 관하여 질문하십시오.

일을 하지 않는 동안의 생활비

어떤 고용주는 장애소득보험을 제공합니다. 두 종류의 장애보험이 있습니다: 단기 및 장기.

단기 장애보험

이 보험은 귀하가 건강상의 문제로 일을 쉬고있는 동안 월급의 일부, 흔히 60 퍼센트를 지불합니다. 이것은 보통 3 개월에서 6 개월 동안의 월급을 내줍니다.

장기 장애보험

이 보험은 귀하가 장애가 있고 일할 수 없는 한 귀하의 월급 일부, 흔히 약 60 퍼센트를 지불합니다. 하지만 귀하는 보통 혜택이 시작되기 전 90 일과 같이 적어도 일정기간 동안 장애일 필요가 있을 것입니다.

- **사회보장 장애보험(SSD)** – 사회 보장국(SSA)은 신장질환이나 당뇨병과 같은 질환의 장애에 대한 자체적으로 정의를 합니다. 사회보장장애의 자격이 있기 위해서는 귀하의 장애상태가 이미 적어도 1 년 동안 지속되어 왔었어야 하거나 적어도 1 년은 지속될 것으로 예상되어야 합니다. 대부분의 이식 환자들은 그렇게 오랫동안 장애이지는 않습니다. 이것은 이식 이후 환자가 휴직하고 있는 동안 생활비를 사회보장 장애보험에 의지 할 수 없음을 의미합니다.

장애신청은 여러 달이 걸릴 수 있습니다. 그리고 SSA 는 혜택이 시작되기 전에 적어도 5 개월 동안은 귀하에게 장애가 있어왔음을 고려해야 합니다.

사회보장 장애보험이 승인될 경우 매달 받는 금액은 귀하가 지불급여세를 통하여 사회 보장국에 얼마나 지불해왔는가를 기준으로 정해집니다.

- **보족적 소득보장(SSI)** – 이것은 사회 보장국(SSA)을 통한 장애소득 프로그램입니다. 이것은 사회보장에 충분히 지불할 만큼 일을 하지 않았었고 SSD 를 받을 자격이 없는 장애인을 위해서 입니다.

SSI 장애 규칙은 SSD 장애를 위한 것과 같습니다. 하지만 SSI 는 엄격한 수입 및 재정 제한이 있습니다.

이식 이전에 벌써 SSD 나 SSI 를 가지고 계시면 수술 이후에 이러한 혜택을 잃을 가능성이 있습니다. 처음에 장애를 선고받은 이유에 따라서 사회보장국은 귀하가 이식 이후 일을 다시 할 수 있을 만큼 충분히 회복되었다고 결정할 수도 있습니다. 이것은 사회 복지국에서 공식적으로 재검토 한 다음에만 발생합니다.

만일 사회 보장국에서 자격재심을 시작하면 담당 이식과 사회 복지사나 주치의에게 연락하십시오.

장애보험이 없을 경우

장애보험이 없을 경우 이식 이후 일을 할 수 없는 기간에 대한 계획을 세워야 합니다. 많은 사람들은 대금을 지불하는 것을 돕기 위하여 돈을 따로 모아둡니다. 다른 사람들은 친구와 가족으로부터 돈을 빌립니다.

모금 또한 하나의 선택지입니다. 본인 부담금, 여행비, 숙박비, 또는 소득상실과 같은 비용을 마련하기 위하여 이식환자를 돕는 그룹들이 있습니다. 귀하가 모금을 원할 경우, 아이디어를 위해서 사회복지사와 상담하십시오.

기록

문의사항?

귀하의 질문은 중요합니다. 질문이나 우려되는 점이 있으시면 담당의 또는 의료 제공인에게 전화하십시오.

이식 서비스: 206.598.3882

Financial Planning

For a kidney/pancreas transplant

This chapter covers financial concerns related to a kidney or kidney/pancreas transplant.

Transplant Costs

Transplants are costly. Planning your finances is a key part of planning for transplant. You need to find out what your insurance will cover and what you will need to pay yourself. You will decide how you will cover both short-term and long-term costs.

Short-term Costs

In the short term, you will need to plan for these expenses:

- Transplant surgery and your hospital stay
- Living costs while you are off work during recovery
- Lodging, food, and transportation in Seattle, if you live outside the area

Long-term Costs

In the long term, you will need to cover the costs of the medicines you will take for the rest of your life after transplant.

Paying for the Transplant

Health Insurance

Most health insurance plans will pay for a kidney or pancreas transplant. But, plans vary in what they cover. Some will cover many of the costs of transplant, but others may require that you pay many of the costs out of pocket.



Planning your finances is a key part of planning for transplant.

Check your healthcare plan carefully to find out:

- **If UWMC or University of Washington Physicians (UWP) is contracted:**

Call your insurance company to find out if UWMC and UWP are contracted. Give them these tax ID numbers:

- UWMC's tax ID number: 916001537
- UWP's tax ID number: 911220843

The contract status will determine whether you will use in-network or out-of-network benefits. Some plans do not have out-of-network benefits. If this is true for your plan, and UWMC or UWP is not contracted, you will need to pay out of pocket for all charges.

- **About coverage for your stay in the hospital:**

Does your health plan have a *deductible* you need to pay? A deductible is what you pay for covered healthcare services before your insurance plan starts to pay. This amount depends on your plan.

After you pay your deductible, you must pay either a *copayment* (copay) or *coinsurance* for covered services. Your insurance company pays the rest.

- **Copay:** If you have a copay for every day that you are in the hospital, you will pay a fixed amount for the services that are covered by your healthcare plan. The copay amount can vary for different services, such as drugs, lab tests, and visits to specialists. For example, your copay for a clinic visit might be \$20. Your copay for a hospital stay might be \$100 a day, up to a maximum of \$300.
- **Coinsurance:** If your policy pays a percent of the costs of your hospital stay (such as 80%), the portion you pay out of pocket (such as 20%) is your coinsurance. If you have coinsurance, it usually means you will be paying more than if you have a copay.

- **About waiting periods:**

A waiting period is the time that must pass before coverage takes effect for an employee or dependent covered by a job-based health plan. For example, some plans require that you have the plan for at least 1 year before it will cover transplant costs. Check these waiting periods any time you change insurance carriers.

- **About coordinating benefits:**

If you have more than 1 insurance plan, such as through your work and your spouse's work, check with the secondary policy to find out about *coordination of benefits*. Find out how and if the secondary policy will cover expenses that are left over after your primary insurance pays.

Medicare

Medicare is a health insurance plan that is run by the Social Security Administration. The plan is managed by Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). The plan covers people who have end-stage renal disease, have had a permanent disability for at least 2 years, or are at least 65 years old.

There are 2 basic parts of Medicare:

- **Part A** covers hospital stays, including a kidney transplant, skilled care, hospice, and some home healthcare. It also covers your doctor's fees while you are in the hospital.
- **Part B** covers doctor fees when you visit a clinic, but not while you are in the hospital; lab, radiology, durable medical equipment (DME), services at an ambulatory surgery center (ASC), and some home healthcare. It also covers approved costs related to your clinic visits.

Medicare has deductibles and copays. With a kidney transplant, these can add up to thousands of dollars. Most people cannot afford a kidney transplant if they have only Medicare. This means they also need other health insurance.

Medicare Supplements or “Medigap” Policies

These policies supplement your Medicare coverage. Most times, they pay Medicare copays and deductibles. They often cover things that Medicare won't cover. Having both Medicare and a supplement will likely cover most costs of a kidney transplant.

Medicare Part D

If you have Medicare Part A, or Parts A and B, you can sign up for Part D. This is the Medicare Prescription Drug Program. It covers some drugs, but not all.

If you want to add Part D, you will pay an extra monthly fee (*premium*). Part D has a range of premiums and benefit levels.

Part D can cover many of the medicines you will take after transplant. But, Part D does not pay for your immunosuppressive drugs. Those are covered under Part B of Medicare.

- If you have both Medicare and Medicaid, you also have Part D. You will not pay an extra monthly fee or deductibles for Part D. You might have to pay a small copay for some medicines.
- If you do not have Medicaid, you may have to pay a monthly fee, a yearly deductible, and copays for each prescription drug.

- If you are low-income and do not have Medicaid, Medicare can provide a subsidy that pays the monthly fee, deductibles, and copays. To apply for the low-income subsidy, call Social Security at 800.772.1213 or visit www.ssa.gov. You may have to wait until Medicare's open enrollment period at the end of every calendar year to apply for Part D.

Medicaid

Medicaid is a health insurance plan run by the state government and managed by CMS. It is paid for by the federal government and individual states.

Medicaid is for people who have very low incomes and are medically disabled. It will pay 100% of covered healthcare expenses. Talk with your social worker to see if you qualify.

In 2010, the Affordable Care Act expanded the Medicaid program to cover all adults with income below 138% of the federal poverty level. Washington state has expanded its Medicaid program since the Affordable Care Act was introduced. But, some states have not chosen to expand their Medicaid program. You can learn more at www.healthcare.gov.

Review Your Coverage

If you have not already done so, review your health insurance coverage with your transplant financial counselor. The financial counselor can make sure you have enough coverage for your transplant.

Paying for Medicines

Most times, transplant medicine costs are too high for people to afford without the help of health insurance. Check your prescription insurance coverage. Know what your expected copays or deductibles will be. You will be on many medicines after transplant, and each one will have a copay.

It is very important to keep your health insurance coverage after your transplant. Your medicines can cost \$12,000 to \$15,000 a year. Even with health insurance, you may have to pay part of these costs.

Here are some questions to ask about your prescription drug coverage:

- Does your insurance cover prescriptions at a certain percent, such as 50%, 80%, or 90%? Or, do you pay a copay per prescription, such as \$10 per prescription for a month's supply of the drug?
- Does your insurance provide different coverage based on whether the drug is a generic or a name brand? People with transplants are often prescribed name-brand medicines that do not have generic forms. Name-brand medicines can be very costly. Find out if your policy requires you to pay a higher copay or a percent for these medicines.

- Does your insurance offer a mail-order pharmacy? Some mail-order pharmacies allow you to get a 3-month supply of medicines for a lower copay than if you fill your prescriptions at a local pharmacy and get only a 1-month supply.

Medicaid

Medicaid covers the cost of most prescriptions. You might have a small copay for some medicines. If you have both Medicare and Medicaid, your prescriptions will be covered under Medicare Part D, not Medicaid.

Talk with your financial counselor if you are not sure if you qualify for Medicaid, or if you have questions about what program will pay for your medicines.

Medicare

If you have Medicare Part B, there are limits on what prescription drugs are covered after transplant. Here are some rules for how prescription coverage under Part B works:

- Medicare Part B covers immunosuppressive drugs at 80% for at least 3 years after a transplant. You (or your other insurance) will pay the 20% copayment. Medicare Part B will not cover any other outpatient medicines.
 - At 3 years after a transplant, your Medicare outpatient prescription drug coverage will end unless:
 - You are 65 years of age or older
- Or:
- You have been on Social Security Disability (SSD) for at least 2 years

If you meet either of these 2 conditions, your Medicare outpatient immunosuppressive drug coverage will continue beyond 3 years after your transplant. But, Medicare drug coverage will not continue more than 3 years after a transplant if you are on Supplemental Security Income (SSI), unless you are at least 65 years old. SSI is a different program than SSD (see the last page of this chapter).

- Medicare Part D will not cover your immunosuppressive drugs, unless you did not have Medicare at the time of your transplant. But, it will cover the many other medicines you will take after a kidney transplant. Part D will last only as long as you are eligible for Medicare. This means that if your Medicare Parts A and B end 3 years after a transplant, your drug coverage under Medicare Part D will also end at that time.

- If you have other insurance coverage through an employer or a spouse, Medicare will be your secondary insurance for the first 30 months of Medicare coverage. This means your other insurance pays first. If part of the medicine bill is still left after your insurance pays, that part can be billed to Medicare.
- Medicare is always your primary insurance if you have an individual health insurance policy.
- After 30 months of Medicare coverage, Medicare will become your primary coverage. This means all your medical bills will need to be billed to Medicare first. Any left-over parts of the bill can be sent to your other insurance.
- Some pharmacies will not bill Medicare Part B for prescription medicines. But, most pharmacies are able to bill Part D drug plans. If your pharmacy cannot bill Part B, please talk with your transplant social worker or pharmacist about different pharmacy options.
- Mail-order pharmacies that specialize in transplant medicines will do all your billing for you, including billing Medicare. If you have other insurance besides Medicare, the mail-order pharmacies will check to see if they can bill that insurance for you, too.
- If you do not have insurance coverage for some medicines, some drug companies have financial aid programs that may be able to help you. Ask your pharmacist or social worker about these programs.

Income While You Are Not Working

Some employers provide disability income insurance. There are 2 types of disability insurance: short-term and long-term.

Short-term Disability Insurance

This insurance pays part of your salary, often about 60%, while you are off work for a health reason. It usually covers your salary for 3 to 6 months.

Long-term Disability Insurance

This insurance pays part of your salary, often 60%, for as long as you are disabled and cannot work. But, you will usually need to be disabled for at least a certain amount of time, such as 90 days, before benefits will begin.

- **Social Security Disability (SSD)** – The Social Security Administration (SSA) has its own definition of disability for illnesses such as kidney disease or diabetes. To be eligible for SSD, your disabling condition must have lasted at least 1 year already, or be expected to last at least 1 year. Most transplant patients are not disabled for that long. This means they cannot rely on SSD to provide income while they are off work after a transplant.

Applying for disability can take many months. And, SSA must consider you disabled for at least 5 months before benefits begin.

If you are approved for SSD, the amount you receive each month is based on how much money you have paid into Social Security through payroll taxes.

- **Supplemental Security Income (SSI)** – This is a disability income program through the SSA. It is for disabled people who have not worked enough to pay much into the Social Security and are not eligible for SSD.

The SSI disability rules are the same as for SSD. But, SSI has strict income and financial limits.

If you are already on SSD or SSI before your transplant, there is a chance you will lose these benefits after your surgery. Depending on why you were first declared disabled, Social Security could decide you have recovered enough after your transplant to return to work. This would only happen after formal review by Social Security.

Contact your transplant social worker or primary care provider if Social Security starts an eligibility review.

If You Do Not Have Disability Insurance

If you do not have disability insurance, you will need to plan for the time you cannot work after transplant. Many people put aside money to help pay bills. Others borrow money from friends and family.

Fundraising is also an option. There are groups that help transplant patients raise money for expenses such as copays, travel, lodging, or lost income. If you want to try fundraising, talk with your social worker for ideas.

