



**MEDICALLY NEEDY PROGRAM
MEDICAL BILLS TRANSMITTAL**

Please Print

Application No.*	Case Name (Last, First, MI)	Date of Birth	Sex	
Address				
TPR (private insurance) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Three Months Prior <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Application: Month and Year	S.D. Amount	
*Other Case No(s). _____		1st Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		2nd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		3rd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		Worker Name	Date	BJN

HHSC Form H1120/4-93

**MEDICALLY NEEDY PROGRAM
MEDICAL BILLS TRANSMITTAL**

Please Print

Application No.*	Case Name (Last, First, MI)	Date of Birth	Sex	
Address				
TPR (private insurance) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Three Months Prior <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Application: Month and Year	S.D. Amount	
*Other Case No(s). _____		1st Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		2nd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		3rd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		Worker Name	Date	BJN

HHSC Form H1120/4-93

**MEDICALLY NEEDY PROGRAM
MEDICAL BILLS TRANSMITTAL**

Please Print

Application No.*	Case Name (Last, First, MI)	Date of Birth	Sex	
Address				
TPR (private insurance) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Three Months Prior <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Application: Month and Year	S.D. Amount	
*Other Case No(s). _____		1st Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		2nd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		3rd Prior: Month and Year	S.D. Amount	
		Worker Name	Date	BJN

HHSC Form H1120/4-93

MEDICALLY NEEDY PROGRAM
INSURANCE INFORMATION

(Complete this card and mail it with your medical bills.)

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA
INFORMACION SOBRE EL SEGURO

(Llene esta tarjeta y mándela junto con sus cuentas médicas.)

If you have health insurance, complete the following:

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

Name of Insurance Company/Nombre de la Compañía de Seguros	Policy No./Núm. de la Póliza	Monthly Premium/Costo Mensual \$
Name of Policy Holder/Nombre del Dueño de la Póliza	SIGNATURE: FIRMA: X	Date/Fecha /

1. If you have health insurance, you must give the clearinghouse proof
 - of submitting a claim to your insurance company, and
 - of the amount your insurance company has paid toward your bills.
2. When sending your bills to the clearinghouse, make sure each bill has the following information:
 - Name and address of doctor, hospital, etc. who provided the service.
 - Date the service was provided. • Place of service.
 - Type of service provided. • Amount you were billed.

THE CLEARINGHOUSE WILL REJECT YOUR MEDICAL BILLS IF YOU DO NOT PROVIDE THE ABOVE PROOF AND INFORMATION.

1. Si tiene seguro de salud, debe incluir con sus cuentas
 - prueba de que usted mandó un reclamo a su compañía de seguros, y
 - prueba de la cantidad del pago que haya hecho su compañía de seguros.
2. Cuando mande sus cuentas médicas a la cámara de compensación, asegúrese de que cada cuenta contenga la siguiente información:
 - Nombre y dirección del doctor, hospital, u otro proveedor del servicio.
 - Fecha del servicio. • Lugar donde recibió el servicio.
 - Tipo de servicio provisto. • Cantidad que le cobraron.

LA CAMARA DE COMPENSACION RECHAZA LAS CUENTAS MEDICAS DE CLIENTES QUE NO DAN ESTA INFORMACION Y LAS DEBIDAS PRUEBAS.

MEDICALLY NEEDY PROGRAM
INSURANCE INFORMATION

(Complete this card and mail it with your medical bills.)

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA
INFORMACION SOBRE EL SEGURO

(Llene esta tarjeta y mándela junto con sus cuentas médicas.)

If you have health insurance, complete the following:

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

Name of Insurance Company/Nombre de la Compañía de Seguros	Policy No./Núm. de la Póliza	Monthly Premium/Costo Mensual \$
Name of Policy Holder/Nombre del Dueño de la Póliza	SIGNATURE: FIRMA: X	Date/Fecha /

1. If you have health insurance, you must give the clearinghouse proof
 - of submitting a claim to your insurance company, and
 - of the amount your insurance company has paid toward your bills.
2. When sending your bills to the clearinghouse, make sure each bill has the following information:
 - Name and address of doctor, hospital, etc. who provided the service.
 - Date the service was provided. • Place of service.
 - Type of service provided. • Amount you were billed.

THE CLEARINGHOUSE WILL REJECT YOUR MEDICAL BILLS IF YOU DO NOT PROVIDE THE ABOVE PROOF AND INFORMATION.

1. Si tiene seguro de salud, debe incluir con sus cuentas
 - prueba de que usted mandó un reclamo a su compañía de seguros, y
 - prueba de la cantidad del pago que haya hecho su compañía de seguros.
2. Cuando mande sus cuentas médicas a la cámara de compensación, asegúrese de que cada cuenta contenga la siguiente información:
 - Nombre y dirección del doctor, hospital, u otro proveedor del servicio.
 - Fecha del servicio. • Lugar donde recibió el servicio.
 - Tipo de servicio provisto. • Cantidad que le cobraron.

LA CAMARA DE COMPENSACION RECHAZA LAS CUENTAS MEDICAS DE CLIENTES QUE NO DAN ESTA INFORMACION Y LAS DEBIDAS PRUEBAS.

MEDICALLY NEEDY PROGRAM
INSURANCE INFORMATION

(Complete this card and mail it with your medical bills.)

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA
INFORMACION SOBRE EL SEGURO

(Llene esta tarjeta y mándela junto con sus cuentas médicas.)

If you have health insurance, complete the following:

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

Name of Insurance Company/Nombre de la Compañía de Seguros	Policy No./Núm. de la Póliza	Monthly Premium/Costo Mensual \$
Name of Policy Holder/Nombre del Dueño de la Póliza	SIGNATURE: FIRMA: X	Date/Fecha /

1. If you have health insurance, you must give the clearinghouse proof
 - of submitting a claim to your insurance company, and
 - of the amount your insurance company has paid toward your bills.
2. When sending your bills to the clearinghouse, make sure each bill has the following information:
 - Name and address of doctor, hospital, etc. who provided the service.
 - Date the service was provided. • Place of service.
 - Type of service provided. • Amount you were billed.

THE CLEARINGHOUSE WILL REJECT YOUR MEDICAL BILLS IF YOU DO NOT PROVIDE THE ABOVE PROOF AND INFORMATION.

1. Si tiene seguro de salud, debe incluir con sus cuentas
 - prueba de que usted mandó un reclamo a su compañía de seguros, y
 - prueba de la cantidad del pago que haya hecho su compañía de seguros.
2. Cuando mande sus cuentas médicas a la cámara de compensación, asegúrese de que cada cuenta contenga la siguiente información:
 - Nombre y dirección del doctor, hospital, u otro proveedor del servicio.
 - Fecha del servicio. • Lugar donde recibió el servicio.
 - Tipo de servicio provisto. • Cantidad que le cobraron.

LA CAMARA DE COMPENSACION RECHAZA LAS CUENTAS MEDICAS DE CLIENTES QUE NO DAN ESTA INFORMACION Y LAS DEBIDAS PRUEBAS.