

MEDICALLY NEEDED PROGRAM



The Medically Needed Program (commonly referred to as the Spend Down Program) helps people whose family income is above Medicaid income limits to pay their health care bills.

People applying for the Spend Down Program must meet all Medicaid eligibility requirements, and then prove that their health care expenses exceed the family income.

The program pays a portion of the health care bills for people who qualify.



THE MEDICALLY NEEDEY OR SPEND DOWN PROGRAM

WHO IS ELIGIBLE?

- ◆ Pregnant women.
- ◆ Children under age 19.
- ◆ Some lawful permanent resident aliens may qualify. (Many aliens will qualify for emergency care only).

HOW DO YOU APPLY?

- ◆ Your application for Temporary Assistance for Needy Families (TANF), food stamps and/or Medicaid is also an application for the Spend Down Program.
- ◆ If you do not qualify for any other Medicaid program, your advisor will tell you if you qualify for the Spend Down Program.

SPEND DOWN TO QUALIFY

What is Spend Down?

- ◆ “Spend Down” is how much your income is over the qualifying limit for Medicaid. To be approved for Medicaid, you must prove that you have more health care expenses than the amount of this excess income.
- ◆ Eligibility for the Spend Down Program is limited to the month you apply for Medicaid and the three months prior to that month.

How and when do you become eligible for Medicaid if you have Spend Down?

- ◆ Once you receive a Spend Down Medicaid Identification form from the Texas Health and Human Services Commission, you or your health care provider must send your health care bills to the Medically Needy Clearinghouse.
- ◆ The clearinghouse adds up the bills and subtracts your spend down amount, starting with the oldest bill, to see if you have enough bills to qualify for Medicaid coverage.

- ◆ When all your spend down amount has been subtracted, and the case has been completed, the clearinghouse will return your bills with a letter of explanation.
- ◆ You are sent a Medicaid Identification form that starts with the earliest day of the month you qualified for Medicaid.

What bills can you use to meet Spend Down?

- ◆ Doctor bills, dentist bills, hospital bills, mental health care bills, prescription bills, over the counter drugs and medical supplies, lab fees, clinic fees, and health insurance premiums (paid directly by you or through a payroll deduction), including Medicare premiums.
- ◆ Health care bills for anyone in your family whose income or assets were used in determining eligibility. Your advisor will tell you who they are.
- ◆ Unpaid health care bills incurred in the United States, no matter how old they are, as long as you still owe them.

*All health care bills – Bills used to meet spend down amount
= Bills that Medicaid may cover*

- ◆ Any health care bill that you or a state or local government agency paid during the month you applied (or in any of the three prior months, if you apply for coverage for any of those months).

How do you submit bills to count toward your Spend Down?

- ◆ Mail the Form 1120, along with the health care bills, to the Medically Needy Clearinghouse in the postage paid envelope provided. Do not attach the postage paid envelope to a larger envelope before mailing; the post office will not deliver it. If you need extra envelopes or a Form 1120, get them from your advisor.
- ◆ If you have insurance, including Medicare, do the following:
 - Fill out the insurance section on the Form 1120.
 - Attach a copy of your insurance company's Explanation of Benefits (EOB) or Medicare's Explanation of Medicare Benefits (EOMB) to each bill you are sending in.
- ◆ Your health care provider must itemize all bills. This means the bills must show the name of the

health care provider, name of the person treated, the date(s) of service(s), the type of service(s), the amount charged for each service, and the current balance due. Your advisor can help explain.

- ◆ If the bill is older than 60 days from when you are sending it to the clearinghouse, you must also send a current bill from the health care provider showing how much you owe now. The date of this bill must be within the last 60 days.
- ◆ Make sure that your advisor has filled in the front of the Form 1120. Put it with your health care bills in the envelope provided and mail to the clearinghouse. If you send more bills later, you will not need another Form 1120.

OR

- ◆ Take the Spend Down Medicaid Identification form you received in the mail to your health care providers.
- ◆ They can use the information on that form to submit their bills directly to the clearinghouse to meet the spend down amount.

YOUR RESPONSIBILITIES

- ◆ Tell your advisor about any private health insurance, including Medicare, that you have.
- ◆ Report address changes as soon as possible to your advisor or to the Medicaid Hotline at 1-800-252-8263.
- ◆ Make sure you send the bills within 30 days from the date on your Medicaid Action Notice, Form 1122, or call the Medicaid Hotline if you need more time.
- ◆ If you want your health care providers (doctor, hospital) to send bills in for you, take them the

Spend Down Medicaid Identification form you will receive in the mail.

- ◆ You will be notified once your spend down has been met and you will be mailed a regular Medicaid Identification form. Take it to your health care providers so they can meet their deadline for billing Medicaid.
- ◆ You will also get a letter that shows which bills Medicaid will not cover, may cover, or may cover once the provider submits a proper claim form.

If you have questions, call the Medicaid Hotline: 1-800-252-8263

DEADLINES

You must send bills to the clearinghouse within 30 days after the latest of:

- ◆ The date listed on the Medicaid Action Notice, Form 1122 (your advisor gave or mailed this form to you after completing work on your case); or
- ◆ The last day of the last month of potential Medicaid eligibility listed on the Form 1122.

If the clearinghouse needs more information from you, they will give you 30 days from the date of their request to receive the information. If you do not respond to this request your case will be closed. If you need more time, you can request an extension by calling the Medicaid Hotline at 1-800-252-8263.

The clearinghouse will close your case if you do not meet these deadlines.

YOUR OPTIONS

You may ask for an extension of your deadline if you have a problem getting your bills or the information requested by the clearinghouse.

You may also request that a bill be withdrawn. If a bill is incomplete, it can hold up processing at the clearinghouse. You will be asked to provide the additional information, but if you are unable to do so (for example, the provider or insurance company refuses to give you the information), you may request that the incomplete bill be withdrawn. A withdrawn bill cannot be used again in the same month.

You may request an extension or withdraw a bill by:

- ◆ Sending a written request to the clearinghouse, or
- ◆ Calling the Medicaid Hotline at 1-800-252-8263 on or before the end of your 30-day deadline.

You may appeal any clearinghouse action that you do not agree with by contacting your local eligibility determination office or calling the Medicaid Hotline at 1-800-252-8263 within 90 days of the Medically Needy Clearinghouse notification letter.

QUESTIONS

If you have any additional questions about the Medically Needy Program, call the toll-free Medicaid Hotline.



Medicaid Hotline: 1-800-252-8263

TEAR OUT SECTION ♦ Take one of these information sheets to each of your medical providers. ♦ Trim along the dashed line.

THE MEDICALLY NEEDEY PROGRAM

ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS

You can submit claims to be used for Medicaid coverage.

Once the applicant has a case established by the Texas Health and Human Services Commission, you will be sent a Spend Down Medicaid Identification form. Use the ID number on that form to manually submit HCFA Form 1450 or Form 1500 to the Medically Needy Clearinghouse.

Submit claims to TMHP
Spend Down Unit
PO Box 202947
Austin, TX 78720-2947.

This must be done before the date listed on the Spend Down Medicaid Identification form. Once the spend down is met, your claim will be forwarded to claims processing for possible payment.

Or provide the applicant with a complete medical bill.

You can assist Medically Needy applicants with their eligibility by giving them current, itemized statements to submit to the Medically Needy Clearinghouse.

Current itemized statements must include:

- ♦ Statement date.
- ♦ Provider name.
- ♦ Patient name.
- ♦ Date of service.
- ♦ Service provided.
- ♦ Billed amount.
- ♦ Any insurance or patient payments with date of payment.

SAMPLE COMPLETE STATEMENT

3/1/11

Medical Associates
12345 Research Blvd.
Dallas, TX 12345

Patient: John Doe

DOS	Service	Charge
2/07/11	Appendectomy	\$1,500
2/15/11	Insurance payment	- \$500
Balance due		\$1,000

Bills incurred before the month of potential eligibility (the month with spend down) can also be used to meet the spend down. Statements must be dated within 60 days of the date received by the Medically Needy Clearinghouse at TMHP. Using older bills may provide earlier eligibility for the patient.

You have 30 days to submit your bills. You may request a 30-day extension if time is needed to gather the necessary information.

For more information

If you have any additional questions about the Medically Needy Program call the Medicaid Hotline.



For questions about billing call the Provider Hotline: 1-800-925-9126

For program information call the Medicaid Hotline: 1-800-252-8263

TEAR OUT SECTION ♦ Take one of these information sheets to each of your medical providers. ♦ Trim along the dashed line.

THE MEDICALLY NEEDEY PROGRAM

ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS

You can submit claims to be used for Medicaid coverage.

Once the applicant has a case established by the Texas Health and Human Services Commission, you will be sent a Spend Down Medicaid Identification form. Use the ID number on that form to manually submit HCFA Form 1450 or Form 1500 to the Medically Needy Clearinghouse.

Submit claims to TMHP
Spend Down Unit
PO Box 202947
Austin, TX 78720-2947.

This must be done before the date listed on the Spend Down Medicaid Identification form. Once the spend down is met, your claim will be forwarded to claims processing for possible payment.

Or provide the applicant with a complete medical bill.

You can assist Medically Needy applicants with their eligibility by giving them current, itemized statements to submit to the Medically Needy Clearinghouse.

Current itemized statements must include:

- ♦ Statement date.
- ♦ Provider name.
- ♦ Patient name.
- ♦ Date of service.
- ♦ Service provided.
- ♦ Billed amount.
- ♦ Any insurance or patient payments with date of payment.

SAMPLE COMPLETE STATEMENT

3/1/11

Medical Associates
12345 Research Blvd.
Dallas, TX 12345

Patient: John Doe

DOS	Service	Charge
2/07/11	Appendectomy	\$1,500
2/15/11	Insurance payment	- \$500
Balance due		\$1,000

Bills incurred before the month of potential eligibility (the month with spend down) can also be used to meet the spend down. Statements must be dated within 60 days of the date received by the Medically Needy Clearinghouse at TMHP. Using older bills may provide earlier eligibility for the patient.

You have 30 days to submit your bills. You may request a 30-day extension if time is needed to gather the necessary information.

For more information

If you have any additional questions about the Medically Needy Program call the Medicaid Hotline.



For questions about billing call the Provider Hotline: 1-800-925-9126

For program information call the Medicaid Hotline: 1-800-252-8263

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA



El Programa de Beneficios por Necesidad Médica (también conocido como el Programa de Cuota Prescrita) ayuda a las personas cuyos ingresos familiares exceden los límites de ingresos de Medicaid a pagar sus cuentas médicas.

Las personas que solicitan participación en el Programa de Cuota Prescrita deben satisfacer todos los requisitos de elegibilidad de Medicaid, y luego comprobar que sus gastos médicos exceden los ingresos de la familia.

El programa paga una parte de las cuentas de atención médica de las personas que llenan los requisitos.



PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA O DE CUOTA PRESCRITA

¿QUIÉN TIENE DERECHO AL PROGRAMA?

- ◆ Mujeres embarazadas.
- ◆ Personas menores de 19 años.
- ◆ Algunos extranjeros legalizados permanentemente (muchos extranjeros tendrán derecho solamente a la atención de emergencia).

¿CÓMO SE SOLICITA LA PARTICIPACIÓN?

- ◆ La solicitud de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), de estampillas para comida o de Medicaid es también una solicitud para el Programa de Cuota Prescrita.
- ◆ Su consejero le dirá si usted tiene derecho al Programa de Cuota Prescrita si no tiene derecho a ningún otro programa de Medicaid.

CUOTA PRESCRITA PARA ELEGIBILIDAD

¿Qué es la cuota prescrita?

- ◆ La cuota prescrita es la cantidad de ingresos que recibe en exceso del límite de ingresos para Medicaid. Para poder recibir Medicaid, usted tiene que comprobar que sus gastos de atención médica superan la cantidad del exceso de ingresos.
- ◆ La elegibilidad para el Programa de Cuota Prescrita se limita al mes en que solicita Medicaid y a los tres meses anteriores.

Si tiene que pagar una cuota prescrita, ¿cómo y cuándo se llenan los requisitos para recibir Medicaid?

- ◆ Una vez que reciba la forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, usted o su proveedor de atención médica tiene que mandar sus cuentas de atención médica a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.
- ◆ La cámara de compensación suma las cuentas y resta la cantidad de la cuota prescrita, empezando con la cuenta más antigua, para ver si llena los requisitos para recibir Medicaid.

- ◆ Cuando se haya restado toda la cuota prescrita y el caso esté completo, la cámara de compensación le devolverá las cuentas con una carta de explicación.
- ◆ Se le enviará una forma de Identificación para Medicaid que esté vigente desde el primer día del mes en que llenó los requisitos de Medicaid.

¿Cuáles cuentas se pueden usar para satisfacer la cuota prescrita?

- ◆ Cuentas del doctor, del dentista, del hospital, de servicios de salud mental, de medicamentos recetados, de medicamentos y artículos médicos de venta sin receta, de tarifas del laboratorio y de la clínica y primas del seguro médico (que usted paga directamente o que se pagan por deducción del salario), entre ellas, las primas de Medicare.
- ◆ Cuentas de atención médica de cualquier persona de la familia cuyos ingresos o bienes se usaron para determinar la elegibilidad. El consejero le puede decir quiénes son.
- ◆ Cuentas de atención médica sin pagar de servicios que recibió en Estados Unidos, no importa qué tan viejas sean, siempre y cuando no se hayan pagado.

Todas las cuentas de atención médica – las cuentas usadas para satisfacer la cuota prescrita = las cuentas que Medicaid posiblemente cubra

- ◆ Cualquier cuenta médica que usted o un departamento estatal o local pagó durante el mes en que solicitó beneficios (o durante los tres meses anteriores si solicita cobertura para cualquiera de esos meses).

¿Cómo se presentan las cuentas para restarlas de la cuota prescrita?

- ◆ Envíe la Forma 1120 en el sobre timbrado provisto, junto con las cuentas de atención médica, a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica. No ponga el sobre en otro sobre más grande porque la oficina de correos no lo entregará. Si necesita más sobres u otra Forma 1120, pídaselos al consejero.
- ◆ Si tiene seguro, incluso Medicare:
 - Llene la sección de la Forma 1120 que tiene que ver con seguros.
 - Adjunte una copia de la *Explanation of Benefits (EOB)* de la compañía de seguros o de la *Explanation of Medicare Benefits (EOMB)* de Medicare con cada cuenta que mande.
- ◆ El proveedor de atención médica tiene que detallar toda cuenta. Esto quiere decir que el nombre del proveedor de atención médica y del paciente, las

fechas de servicio, el tipo de servicio, la cantidad que cobra por cada servicio y el saldo que se debe actualmente deben aparecer en las cuentas. El consejero se lo puede explicar.

- ◆ Si hay más de 60 días entre la fecha de la cuenta y la fecha en que la manda a la cámara de compensación, también tiene que mandar un cobro reciente del proveedor de atención médica que indique la cantidad que debe en este momento. El cobro debe estar fechado dentro de los últimos 60 días.
- ◆ Asegúrese de que el consejero llene el frente de la Forma 1120. Mande la forma y las cuentas de atención médica en el sobre provisto a la cámara de compensación. Si más adelante manda otras cuentas, no tendrá que volver a mandar la Forma 1120.

O

- ◆ Lléveles a los proveedores de atención médica la forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita que le mandamos por correo.
- ◆ Los proveedores de Medicaid pueden usar la información de la forma para presentar los cobros directamente a la cámara de compensación para satisfacer la cuota prescrita.

SUS RESPONSABILIDADES

- ◆ Dígale al consejero si tiene seguro médico comercial, incluso Medicare.
- ◆ Avísele al consejero tan pronto como sea posible de cambios de dirección, o llame a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263.
- ◆ Asegúrese de mandar las cuentas dentro de los 30 días de la fecha que aparece en la Forma 1122, Aviso de Acción de Medicaid. Si necesita más tiempo, llame a la Línea Directa de Medicaid.
- ◆ Si quiere que los proveedores de atención médica (el doctor o el hospital) manden las cuentas por usted,

lléveles la forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita que le mandamos por correo.

- ◆ Le avisaremos una vez que satisfaga la cuota prescrita, y le enviaremos por correo una forma de Identificación para Medicaid tradicional. Llévela a los proveedores de atención médica para que puedan mandar a tiempo sus solicitudes de pago de Medicaid.
- ◆ También recibirá una carta que indica cuáles cuentas Medicaid no cubrirá, las que posiblemente cubra y las que posiblemente cubra una vez que el proveedor envíe la solicitud de pago apropiado.

Si tiene alguna pregunta, llame a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263

PLAZOS

Tiene que mandar las cuentas a la cámara de compensación dentro de los 30 días después de la fecha más reciente entre las siguientes:

- ◆ la fecha indicada en la Forma 1122, *Aviso de acción de Medicaid* que el consejero le dio o le envió después de terminar de trabajar con su caso; o

- ◆ el último día del último mes de posible elegibilidad para Medicaid que aparece en la Forma 1122.

Si la cámara de compensación necesita más información, le dará a usted 30 días a partir de la fecha de solicitud de la información para mandarla. Si usted no la manda a tiempo, se cerrará el caso. Si necesita más tiempo, puede pedir una extensión llamando a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263.

La cámara de compensación cerrará el caso si usted no cumple con estos plazos

SUS OPCIONES

Puede pedir una extensión del plazo si tiene problemas para conseguir las cuentas o la información que pide la cámara de compensación.

También puede pedir que retiren una cuenta. Si una cuenta no tiene toda la información necesaria, esto puede demorar los trámites de la cámara de compensación. A usted se le pedirá la información que falta, pero si no puede darla (por ejemplo, si el proveedor o la compañía de seguros no quiere darle la información), puede pedir que retiren la cuenta incompleta. Si retira una cuenta, no puede presentarla de nuevo ese mismo mes.

Puede pedir una extensión o el retiro de una cuenta:

- ◆ mandando un aviso por escrito a la cámara de compensación, o
- ◆ llamando a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263

antes de que se venza el plazo de 30 días.

Si no está de acuerdo con alguna acción que tome la cámara de compensación, puede apelarla comunicándose con la oficina local de determinación de elegibilidad o llamando a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263 dentro de los 90 días de la fecha de la carta de aviso de la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta adicional sobre el Programa de Necesidad Médica, llame gratis a la Línea Directa de Medicaid.

Línea Directa de Medicaid: 1-800-252-8263

EL PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA

ATENCIÓN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Usted puede presentar solicitudes de pago para que las cubra Medicaid.

Una vez que la Comisión de Salud y Servicios Humanos haya establecido un caso a nombre del solicitante, le mandará a éste una forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita. Use el número de identificación de esa forma para presentar la Forma 1500 ó 1450 de HCFA a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.

Envíe las solicitudes de pago a: TMHP
Spend Down Unit
PO Box 202947
Austin, TX 78720-2947

Hay que hacer esto antes de la fecha que aparece en la forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita. Una vez que se satisfaga la cuota prescrita, la solicitud de pago se enviará a la oficina para su tramitación y posible pago.

O puede darle al solicitante una cuenta médica completa.

Puede ayudar al solicitante con la elegibilidad dándole un estado de cuenta detallado reciente para presentar a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.

En el estado de cuenta detallado, deben aparecer:

- ♦ la fecha del estado de cuenta.
- ♦ el nombre del proveedor.
- ♦ el nombre del paciente.
- ♦ la fecha de servicio.
- ♦ el servicio que proporcionó.
- ♦ la cantidad que cobró.
- ♦ la información sobre cualquier pago de parte del paciente o de un seguro, y la fecha del pago.

EJEMPLO DE UN ESTADO DE CUENTA COMPLETO

3/1/11

Medical Associates
12345 Research Blvd.
Dallas, TX 12345

Paciente: Fulano de Tal

Fecha de Servicio	Servicio	Cobro
2/07/11	operación de apéndice	\$1,500
2/15/11	pago del seguro	- \$500
Saldo		\$1,000

Puede usar cuentas contraídas antes del mes de posible elegibilidad (o sea, el mes de la cuota prescrita) para satisfacer la cuota prescrita. Los estados de cuenta deben llevar fecha dentro de los últimos 60 días de la fecha en que se reciben en la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica de TMHP. El uso de cuentas más antiguas le puede dar más pronto la elegibilidad al paciente.

El solicitante tiene 30 días para presentar las cuentas. El solicitante puede pedir una extensión de 30 días para poder reunir toda la información necesaria.

Para más información

Si tiene alguna pregunta adicional sobre el Programa de Beneficios por Necesidad Médica, llame a la Línea Directa de Medicaid.



Para preguntas sobre la solicitud de pago, llame a la Línea Directa de Proveedores: 1-800-925-9126

Para información del programa, llame a la Línea Directa de Medicaid: 1-800-252-8263

EL PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA

ATENCIÓN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Usted puede presentar solicitudes de pago para que las cubra Medicaid.

Una vez que la Comisión de Salud y Servicios Humanos haya establecido un caso a nombre del solicitante, le mandará a éste una forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita. Use el número de identificación de esa forma para presentar la Forma 1500 ó 1450 de HCFA a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.

Envíe las solicitudes de pago a: TMHP
Spend Down Unit
PO Box 202947
Austin, TX 78720-2947

Hay que hacer esto antes de la fecha que aparece en la forma de Identificación para Medicaid de Cuota Prescrita. Una vez que se satisfaga la cuota prescrita, la solicitud de pago se enviará a la oficina para su tramitación y posible pago.

O puede darle al solicitante una cuenta médica completa.

Puede ayudar al solicitante con la elegibilidad dándole un estado de cuenta detallado reciente para presentar a la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica.

En el estado de cuenta detallado, deben aparecer:

- ♦ la fecha del estado de cuenta.
- ♦ el nombre del proveedor.
- ♦ el nombre del paciente.
- ♦ la fecha de servicio.
- ♦ el servicio que proporcionó.
- ♦ la cantidad que cobró.
- ♦ la información sobre cualquier pago de parte del paciente o de un seguro, y la fecha del pago.

EJEMPLO DE UN ESTADO DE CUENTA COMPLETO

3/1/11
Medical Associates
12345 Research Blvd.
Dallas, TX 12345

Paciente: Fulano de Tal

Fecha de Servicio	Servicio	Cobro
2/07/11	operación de apéndice	\$1,500
2/15/11	pago del seguro	- \$500
Saldo		\$1,000

Puede usar cuentas contraídas antes del mes de posible elegibilidad (o sea, el mes de la cuota prescrita) para satisfacer la cuota prescrita. Los estados de cuenta deben llevar fecha dentro de los últimos 60 días de la fecha en que se reciben en la Cámara de Compensación de Beneficios por Necesidad Médica de TMHP. El uso de cuentas más antiguas le puede dar más pronto la elegibilidad al paciente.

El solicitante tiene 30 días para presentar las cuentas. El solicitante puede pedir una extensión de 30 días para poder reunir toda la información necesaria.

Para más información

Si tiene alguna pregunta adicional sobre el Programa de Beneficios por Necesidad Médica, llame a la Línea Directa de Medicaid.



Para preguntas sobre la solicitud de pago, llame a la Línea Directa de Proveedores: 1-800-925-9126

Para información del programa, llame a la Línea Directa de Medicaid: 1-800-252-8263