MEDICALLY NEEDY PROGRAM
MEDICAL BILLS TRANSMITTAL

Please Print

Application No.*	Case Name (Last, First, MI)	Date of Birth	Sex
Address			

TPR (private insurance)	Three Months Prior		Month and Year	S.D. Amount
☐ **Yes** ☐ **No**	☐ **Yes** ☐ **No**	**Application:**		
		1st Prior:		
*Other Case No(s).		**2nd Prior:**		
		3rd Prior:		

Worker Name	Date	BJN	Telephone No.	Mail Code

HHSC Form H**1120**/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)	Three Months Prior		Month and Year	S.D. Amount
☐ **Yes** ☐ **No**	☐ **Yes** ☐ **No**	**Application:**		
		1st Prior:		
*Other Case No(s).		**2nd Prior:**		
		3rd Prior:		

Worker Name	Date	BJN	Telephone No.	Mail Code

HHSC Form H**1120**/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)	Three Months Prior		Month and Year	S.D. Amount
☐ **Yes** ☐ **No**	☐ **Yes** ☐ **No**	**Application:**		
		1st Prior:		
*Other Case No(s).		**2nd Prior:**		
		3rd Prior:		

Worker Name	Date	BJN	Telephone No.	Mail Code

HHSC Form H**1120**/4-93

MEDICALLY NEEDY PROGRAM

INSURANCE INFORMATION

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

If you have health insurance, complete the following:

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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

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

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

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.)

If you have health insurance, complete the following:

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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

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

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

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.)

If you have health insurance, complete the following:

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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MEDICA

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

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

Si tiene seguro de salud, dé la siguiente información:

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.