



A GUIDE TO UNDERSTANDING MEDICALLY FRAIL



MHS is a health insurance provider that has been proudly serving Indiana residents for two decades through Hoosier Healthwise, the Healthy Indiana Plan and Hoosier Care Connect. MHS is your choice for affordable health insurance. Learn more at mhsindiana.com.

If you need this or any other information in another language or format, or have any problems reading or understanding this information, please call MHS Member Services Monday – Friday from 8 a.m. to 8 p.m. at 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

MHSINDIANA.COM

0317.MM.M.BR 5/17

What is medically frail?

- Medically frail is a federal title.
- It is for people with serious physical, mental, substance abuse or behavioral health conditions.
- Being medically frail means that you can have standard Medicaid benefits. This is called HIP State Plan.

The Healthy Indiana Plan (HIP) serves nondisabled low-income adults ages 19-64. HIP members have incomes at or below 133% of the federal poverty level (FPL). Members who are medically frail will have greater coverage through HIP State Plan.

What conditions make someone medically frail?

Federal regulations define medically frail as individuals with one or more of the following:

- Disabling mental disorders (including serious mental illness)
- Chronic substance abuse disorders
- Serious and complex medical conditions
- A physical, intellectual or developmental disability that significantly impairs the ability to perform one or more activities of daily living like bathing, dressing or eating
- A disability determination from the Social Security Administration (SSA)

Members who meet the condition guidelines can be enrolled into HIP State Plan. HIP State Plan benefits include:

- Transportation to and from doctor visits
- Enhanced dental and vision coverage
- Enhanced behavioral health/MRO services
- Chiropractic care

Individuals with a qualifying condition will be assessed to decide if they are medically frail. You may be assessed:

- Through claims review
- By self-report by completing the Health Needs Screening (HNS)
- At the request of your provider

Through claims review: MHS looks at member claims to find out who might be medically frail. Those individuals will be enrolled in HIP State Plan. Expect enrollment to begin the first of the month after the determination.

By self-report: You may self-report to MHS that you have a qualifying condition at any time. Then MHS has 30 days to look at claims and talk to you and your providers. If you are deemed medically frail, you will be enrolled in HIP State Plan. Expect enrollment to begin the first of the month after the determination.

At the request of your provider: MHS will look at claims and clinical records submitted by your provider. If you are deemed medically frail, you will be enrolled in HIP State Plan. Expect enrollment to begin the first of the month after the determination.

Additional info: Your medically frail status must be reconfirmed by MHS every 12 months.



POWER Up with HIP Plus Understanding HIP Plus vs. HIP Basic

Members who have State Plan benefits will not lose coverage due to non-payment of their POWER Account. But, MHS wants you to understand the benefits of HIP Plus.

HIP Plus is the preferred plan for all HIP members. It is the plan for the best VALUE. HIP Plus provides health coverage for a low, predictable monthly cost. With HIP Plus, you do not have copays when you visit the doctor, fill a prescription or go to the hospital for an emergency. The only other cost you may have for health care in HIP Plus is a payment if you visit the Emergency Room for a non-emergency condition.

On average, HIP Plus members spend less money on their health care expenses than HIP Basic members. With HIP Plus you save money!

Take charge of your health and POWER Up with HIP Plus.

Make sure you pay your POWER Account contribution to get HIP Plus benefits.





UNA GUÍA PARA ENTENDER LA FRAGILIDAD DE ORDEN MÉDICO



MHS es un proveedor de seguro de salud que ha estado orgullosamente al servicio de los residentes de Indiana durante dos décadas a través de los programas Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan y Hoosier Care Connect. MHS es su opción para una atención médica asequible. Conozca más visitando mhsindiana.com.

Si necesita esta o cualquier otra información en otro idioma o formato, o si tiene problemas para leer o comprender esta información, llame a los servicios del miembro de MHS de lun a vie de 8 a.m. a 8 p.m. al 1-877-647-4848 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

MHSINDIANA.COM

0317.MM.M.BR 5/17

¿Qué es la fragilidad de orden médico?

- La fragilidad de orden médico es un derecho federal.
- Es para personas con trastornos graves de orden físico, mental, de abuso de sustancias o de salud conductual.
- La fragilidad de orden médico significa que usted puede recibir los beneficios estándar de Medicaid. Esto se conoce como Plan HIP del estado.

El Plan Healthy Indiana Plan (HIP por sus siglas en inglés) atiende a los adultos no discapacitados de bajos ingresos en edades comprendidas entre 19 y 64 años. Los miembros HIP tienen ingresos al 133% del nivel de pobreza federal menos (FPL por sus siglas en inglés). Los miembros con fragilidad de orden médico tendrán una mayor cobertura a través del Plan HIP del estado.

¿Cuáles son las condiciones que hacen que una persona padezca de fragilidad de orden médico?

Federal regulations define medically frail as individuals with one or more of the following:

- La normativa federal define la fragilidad de orden médico en aquellas personas padecen una o más de las siguientes condiciones:
- Trastornos mentales incapacitantes (incluyendo enfermedades mentales graves)
- Trastornos crónicos por uso de sustancias
- Padecimientos graves y complejos de carácter médico
- Discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecte significativamente la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse o comer
- La determinación de discapacidad por la Administración del Seguro Social (SSA)

Los miembros que cumplan con los lineamientos de la condición se pueden inscribir en el Plan estatal HIP. Los beneficios del Plan HIP del estado incluyen:

- Transporte hacia y desde el consultorio médico
- Cobertura dental y visual mejorada
- Servicios de salud conductual/servicios MRO mejorados
- Atención quiropráctica

Las personas con una condición que reúna los requisitos serán evaluadas para decidir si padecen fragilidad de orden médico. Usted podrá ser evaluado:

- A través de la revisión de reclamos
- Al participarlo usted mismo al rellenar la Evaluación de necesidades de salud (HNS por sus siglas en inglés)
- A solicitud de su proveedor

A través de la revisión de reclamos: MHS revisa los reclamos de un miembro para determinar quien puede padecer de fragilidad de orden médico. Esas personas se inscribirán en el Plan HIP del estado. Se espera que la inscripción comience el primero del mes siguiente a la determinación.

Al informarlo usted mismo: Usted mismo puede informar a MHS, que padece una condición que reúne los requisitos, en cualquier momento. Luego MHS tiene 30 días para revisar los reclamos y hablar con usted y sus proveedores. Si se considera que usted padece fragilidad de orden médico, se le inscribirá en el Plan HIP del estado. Se espera que la inscripción comience el primero del mes siguiente a la determinación.

A solicitud del proveedor: MHS revisará los reclamos y la historia médica presentadas por su proveedor. Si se considera que usted padece fragilidad de orden médico, se le inscribirá en el Plan HIP del estado. Se espera que la inscripción comience el primero del mes siguiente a la determinación.

Información adicional: Su condición de fragilidad de orden médico puede ser reconfirmada cada 12 meses por MHS.



REFUERCE con HIP Plus

comprendiendo las diferencias entre el HIP Plus y el HIP básico

Los miembros que tienen beneficios del Plan del estado no perderán la cobertura debido a la falta de pago a su cuenta POWER. Pero MHS desea que usted comprenda los beneficios de HIP Plus.

HIP Plus es el plan preferido para todos los miembros del HIP. Es el plan del mejor VALOR. HIP Plus le brinda cobertura sanitaria por un costo mensual bajo y predecible. Con HIP Plus usted no tiene copagos cuando visita el médico, le surten una receta o va al hospital por una emergencia. El otro costo único que paga por la atención sanitaria en HIP Plus es un pago si visita la Sala de emergencia por un problema que no sea una emergencia.

En promedio, los miembros de HIP Plus gastan menos dinero en su atención sanitaria que los miembros del HIP Básico. ¡Con HIP Plus usted ahorra dinero!

Tome el control de su salud y REFUERCE con HIP Plus.

Realice los pagos a su cuenta POWER para obtener los beneficios del HIP Plus.

