

CNS Paragraph Form

Date: 09.26.07

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **D0133**
Version Number **00003**
Effective Date **2002**(YYMMDD)
Title **DENY MCTP**
 OTHER HEALTH INSURANCE
Comment
Reason Code **B72**

We have denied your application for Medical Assistance under the Medicaid Cancer Treatment Program: Breast, Cervical, Colorectal and Prostate Cancer Treatment Program (MCTP) dated _____ for:

Name	Client I.D.#
Name	#
Name	#

This is because you have other creditable health insurance. Medical Assistance through the MCTP is not available to individuals who are covered by other creditable health insurance.

If you have any questions, you may call the State MCTP Coordinator at (518) 473-5330.

This decision is based on Section 366.4 of the Social Services Law.

~\S

Hemos rechazado su solicitud de fecha _____ en la que solicitaba servicios bajo el Programa de Medicaid para el Tratamiento de Cancer: Cancer de Seno, Cervical, Colorectal y de Prostata (MCTP) para:

Nombre	No. de ID del Cliente
Nombre	No. de ID del Cliente
Nombre	No. de ID del Cliente

Esto se debe a que usted tiene otro tipo de seguro medico acreditado. MCTP administrado por Asistencia Medica, no es para aquellas personas que reciben cobertura medica por medio de un seguro de salud acreditado.

Si tiene preguntas, llame al Coordinador Estatal de MCTP al (518) 473-5330.

Esta decision se basa en la Seccion 366.4 de la Ley de Servicios Sociales.