

CNS Paragraph Form

Date: 09.26.07

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0216	
Version Number	00003	
Effective Date	2002	(YYMMDD)
Title	DISCONTINUE MCTP, CLIENT REQUEST	
Comment		
Reason Code	B73	

Text

\E

We will discontinue Medical Assistance under the Medicaid Cancer Treatment Program: Breast, Cervical, Colorectal and Prostate Cancer (MCTP) effective _____ for:

Name	Client I.D.#
Name	#
Name	#

This is because you asked us to close your Medical Assistance case under the MCTP.

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

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.6 and Section 366.4 of the Social Services Law.

~\S

Suspenderemos Asistencia Medica bajo el Programa de Medicaid para el Tratamiento de Cancer: Cancer de Seno, Cervical, Colorectal y de Prostata (MCTP) a partir de _____ 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 nos pidió que cerráramos su caso de Asistencia Médica bajo MCTP.

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

Esta decisión se basa en Reglamentación 18 NYCRR 360-2.6 y la Sección 366.4 de la Ley de Servicios Sociales.