

**CNS Paragraph Form**

Date: 04.07.2015

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>C0217</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00004</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Disc MCTP Fail To Renew (Recertify)</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>B74</b>	

We will discontinue Medicaid 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 or your representative did not complete the renewal (recertification) forms.

We previously sent you a notice telling you that you needed to renew your eligibility for the MCTP. The notice instructed you to go to the Cancer Services Program (CSP) and complete a renewal form and medical referral form as soon as possible. To date, we have not received these forms.

If you still want to renew your coverage under the MCTP, you should call the CSP where you first applied right away to make arrangements to complete these forms.

If we receive the complete forms within 10 days of this notice, we will decide if you can still get Medicaid 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 360-2.2(e) and Section 366.4 of the Social Services Law.

~\S

Interrumpiremos Medicaid en virtud del Programa para el tratamiento del cancer: de seno, de cuello uterino, colorrectal y de prostata (MCTP) de Medicaid a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	No. De ID del cliente
--------	-----------------------

Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que usted o su representante no completaron los formularios de renovacion (recertificacion).

Anteriormente le enviamos un aviso en el que le informabamos que tenia que renovar su elegibilidad para el MCTP. El aviso le indicaba que debia dirigirse al Programa de Servicios Oncologicos (CSP) y completar un formulario de renovacion y un formulario de remision medica lo antes posible. A la fecha, no hemos recibido dichos formularios.

Si todavia desea renovar su cobertura en virtud del MCTP, debe llamar de inmediato al CSP donde presento su primera solicitud para adoptar las medidas pertinentes para completar estos formularios.

Si recibimos los formularios completos dentro de los 10 días siguientes a este aviso, decidiremos si puede seguir recibiendo Medicaid en virtud del MCTP.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Coordinador del MCTP del estado al (518) 473-5330.

Esta decision se basa en el Reglamento 18 NYCRR 360-2.2(e) y la Seccion 366.4 de la Ley de Servicios Sociales.