

CNS Paragraph Form

Date: 04.07.2015

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0049	
Version Number	00006	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Accept MCTP	
Comment		
Reason Code	C19	

We have accepted the Medicaid application dated _____ for coverage through the Medicaid Cancer Treatment Program: Breast, Cervical, Colorectal and Prostate Cancer (MCTP) effective for the period from _____ to _____ for:

Name	Client I.D. #
------	---------------

This means that you have been enrolled in the MCTP, which will provide you with Medicaid coverage as long as you:

- Have been screened by the NYSDOH Cancer Services Program (NYSDOH CSP) and found to be in need of treatment for breast, cervical, colorectal and/or prostate cancer or pre-cancerous condition;
- Are not covered under any creditable insurance;
- Have income at or below 250% of the Federal Poverty Level; and
- Are not eligible for Medicaid under other mandatory categories of assistance.

It is important to present your card at all physician visits and at the pharmacy.

This means you are eligible for Medicaid for all covered care and services through the time period in which you require treatment for breast, cervical, colorectal and/or prostate cancer or pre-cancerous conditions. If you need to seek medical care or services for other conditions, be sure to ask each provider you go to if s/he accepts Medicaid. Make sure that the service you are requesting is covered by the Medicaid Program, before you receive the service. If you do not ask these questions, you may be responsible for paying the bill.

Regulations require that you immediately notify the local Cancer Services Program (CSP) or the State MCTP Coordinator of any changes in needs, income, medical condition, health insurance, living arrangements or address. To report a change, write, visit or call your CSP site or the State coordinator.

If you have any questions, please feel free to contact your local Cancer Services Program or 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

Aceptamos la solicitud de Medicaid del _____ para obtener cobertura a través del Programa de tratamiento para el cáncer: de seno, de cuello uterino, colorrectal y de próstata (MCTP) de Medicaid en vigencia para el período comprendido entre el _____ y el _____ para:

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

Esto significa que se le ha inscrito en el MCTP, que le proporcionará cobertura de Medicaid siempre que:

- Haya sido evaluado(a) por el Programa de Servicios Oncológicos de NYSDOH (NYSDOH CSP) y se haya determinado que necesita tratamiento para cáncer de seno, de cuello uterino, colorrectal y/o de próstata o una afección precancerosa;
- No este cubierto(a) por ningún otro seguro acreditable;
- Sus ingresos sean iguales o inferiores al 250 % del nivel federal de pobreza; y
- No sea elegible para Medicaid bajo otras categorías de asistencia obligatorias.

Es importante que presente su tarjeta en todas las visitas al médico y en la farmacia.

Esto significa que es elegible para Medicaid para todos los cuidados y los servicios cubiertos durante el período en el que requiere tratamiento para cáncer de seno, de cuello uterino, colorrectal y/o de próstata o afecciones precancerosas. Si necesita solicitar atención o servicios médicos para otras afecciones, asegúrese de preguntarle a cada proveedor que visite si acepta Medicaid. Cerciórese de que el servicio que solicita este cubierto por el Programa de Medicaid, antes de recibir el servicio. Si no hace estas preguntas, puede ser responsable del pago de la factura.

Los reglamentos exigen que notifique de inmediato al Programa de Servicios Oncologicos (CSP) o al Coordinador del MCTP del estado en caso de cambios en sus necesidades, ingresos, afeccion medica, seguro de vida, alojamiento o direccion. Para informar un cambio, escriba, visite o llame a su centro de CSP o al coordinador del estado.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestro Programa de Servicios Oncologicos, o puede llamar al Coordinador del MCTP del estado al (518) 473-5330.

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