CNS Paragraph Form

Date: 12.17.03

Program Area	**03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number	**Y0001**
Version Number	**00001**
Effective Date	**2003**
Title	**Accept, All Covered Care and Services**
Comment	
Reason Code	**C50**

We have accepted your application dated _____ for all Medicaid covered care and services effective _____for:

Name Client I.D. #

Please review the Medical Assistance Utilization Threshold Information, found in the Medical Assistance section of the booklet, “LDSS-4148B: What You Should Know About Social Services Programs.” The information explains any services limitations. The LDSS-4148B was given to you when you applied for assistance.

If you submitted paid medical bills for direct reimbursement, you will be notified separately of our decision.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.2, 360-4.3, 360-4.4, 360-4.5, 360.4.6 and 360-4.7.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de Asistenciaa medica de fecha _____ Para recibir todos los cuidados de salud y servicios comprendidos por Medicaid a partir del _____para:

Nombre No. de I.D. del Cliente

Favor de consultar la informacion sobre el Umbral de Utilizacion de Asistencia Medica que aparece en el folleto, “LDSS-4148B-SP: Lo que usted deb saber sobre los programas de servicios sociales”. Aqui encontrara informacion sobre limitaciones en los servicios. El folleto LDSS-4148b-SP se le entrego cuando usted solicito los beneficios de asistencia.

Si ha solicitado el reembolso directo de cuentas medicas pagadas, le notificaremos por separado de nuestra decision.

Esta decision esta basada en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.2,

360-4.3, 360-4.4, 360-4.5, 360.4.6 and 360-4.7.

~\#