

CNS Paragraph Form

Date: 02.03.2012

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0234	
Version Number	00001	
Effective Date	2012	(YYMMDD)
Title	Family Planning Benefit Program (Post-Partum Extension) to Family Planning Extension Program Due to Failure to Provide Documentation	
Comment		
Reason Code	D67	

We will change your coverage from Family Planning Benefit Program coverage to the Family Planning Extension Program effective _____ for:

Name Client I.D. #

This is because you failed to return documentation necessary for us to determine your continued eligibility for the Family Planning Benefit Program.

You failed to verify:

_____ (Worker Fill)

Because you received Medicaid when you were pregnant, you are eligible for a total of 24 months of family planning services coverage, no matter how your pregnancy ended. You have already received 12 months of Family Planning Benefit Program coverage. Since you did not return the required documentation listed above, we must change your coverage to the Family Planning Extension Program for 12 months, to complete the balance of the 24 months of family planning services coverage.

The same family planning services are covered under the Family Planning Extension Program as are covered under the Family Planning Benefit Program except for transportation.

You may continue to use your current benefit card for confidential family planning treatment, services and supplies for the balance of the extension period.

You may call 1-800-541-2831 for more information and for the location of Family Planning Extension Program service providers near you.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 351.1(b)(2)(ii), 351.2, 351.5, 351.6, 351.8(a)(2)(ii), 360-2.3, and 373-2 and Sections 366 (1) (a) (11) and 366-a of the Social Services Law.

~S/

Cambiaremos su cobertura del Programa de Beneficios de Planificación Familiar, a Programa de Extensión de Planificación Familiar, a partir del _____ para:

Nombre No. de ID del cliente:

Ello se debe a que usted no devolvió la documentación necesaria para que pudiésemos determinar si continúa habilitado para el Programa de Beneficios de Planificación Familiar.

Usted no verifico lo siguiente:

_____ (Worker Fill)

Dado que usted recibió Medicaid cuando estuvo embarazada, habilita para recibir cobertura de planificación familiar por un periodo de 24 meses, sin importar como terminó el embarazo. Usted ya recibió 12 meses de cobertura del Programa de Planificación Familiar. Dado que usted no devolvió la documentación exigida indicada anteriormente, debemos cambiar su cobertura al Programa de Extensión de Planificación Familiar por 12 meses, con motivo de cumplir el balance de 24 meses de cobertura de servicios de planificación familiar.

Bajo el Programa de Extensión de Planificación Familiar recibirá los mismos servicios de planificación familiar que recibía del Programa de Beneficios de Planificación Familiar, excepto transporte.

Puede continuar usando la tarjeta de beneficios para recibir tratamiento confidencial de planificación familiar, servicios y suministros por el periodo de extensión.

Puede llamar al 1-800-541-2831 y solicitar información como también la ubicación del proveedor de servicios de extensión de planificación familiar más cercano a usted.

Esta decisión se basa en Reglamentación 18 NYCRR 351.1(b)(2)(ii), 351.2, 351.5, 351.6, 351.8(a)(2)(ii), 360-2.3, y 373-2 y Secciones 366 (1) (a) (11) y 366-a de la Ley de Servicios Sociales.