

**CNS Paragraph Form**

**DATE: 05/23/11**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Program Area 03</b>  | <b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>                               |
| <b>Paragraph Number</b> | <b>M0003</b>  |
| <b>Version Number</b>   | <b>00002</b>  |
| <b>Effective Date</b>   | <b>June 2011</b>  |
| <b>Title</b>            | <b>Disenrollment due to Exclusion from Managed Care (FH #230)</b> |
| <b>Comment</b>          |   |
| <b>Reason Code</b>      | <b>M23</b>  |

**Dear Medicaid Recipient,**

**Effective \_\_\_\_\_ enrollment in the health plan \_\_\_\_\_ will end for:**

**Name**

**Client I.D. #**

**You cannot continue enrollment in Medicaid Managed Care because**

Choose one of the following messages:

Message 1 (Spenddown)

**You are no longer fully eligible for Medicaid.** You have been notified by Medicaid that you now have Excess Income (a Spenddown). Persons with Excess Income cannot be in Medicaid Managed Care.

Message 2 (TPHI)

**You have Third Party Health Insurance.** Persons with Third Party Health Insurance cannot be in Medicaid Managed Care.

Message 3 (Medicare with Med Adv)

**You now have Medicare.** Persons with Medicare cannot be in Medicaid Managed Care. However, you have the option to join Medicaid Advantage, a managed care program for those with Medicaid and Medicare. To find out more, call the Managed Care unit.

Message 4 (Medicare NO Med Adv)

**You now have Medicare.** Persons with Medicare cannot be in Medicaid Managed Care.

Message 5 (Other)

---

---

---

Use for All:

## **IMPORTANT INFORMATION:**

When your health plan enrollment ends, you can get health care by using your Medicaid (Benefit) card at any doctor's office or clinic that accepts Medicaid patients. If you have Excess Income (a Spenddown), you **must** first meet your Spenddown to get Medicaid benefits.

When your health plan enrollment ends, you may or may not have coverage for long-term care. If your eligibility is based on your being 65 years of age or older, certified blind or certified disabled, and you did not provide proof of your resources when you last applied/renewed for Medicaid, you will not have Medicaid coverage of long-term care services. You can call the number listed at the top of this notice if you have questions about your Medicaid coverage.

**This action is taken under Social Services Law 364-j.**

~S\

**Estimado Beneficiario de Medicaid:**

**La afiliación vigente desde \_\_\_\_\_ en el plan de salud \_\_\_\_\_ será cancelada para:**

**Nombre**

**Nº de identificación del cliente**

**Su afiliación al Plan de Salud Administrada de Medicaid no puede continuar porque**

Choose one of the following:

Message 1 (Spenddown)

**Usted ya no reúne los requisitos necesarios para ser afiliado de Medicaid.** Medicaid le ha notificado que usted actualmente tiene Ingreso en Exceso (conocido como Spenddown). Las personas que tienen Ingreso en Exceso no pueden ser beneficiarios del Plan de Salud Administrada de Medicaid.

Message 2 (TPHI)

**Usted tiene un Seguro Médico de Terceros.** Las personas que tienen un Seguro Médico de Terceros no pueden pertenecer al Plan de Salud Administrada de Medicaid.

Message 3 (Medicare with Med Adv)

**Ahora usted tiene Medicare.** Las personas que tienen Medicare no pueden participar en el programa de atención médica coordinada de Medicaid. Sin embargo, usted tiene la opción de unirse al programa Medicaid Advantage, un programa de atención médica coordinada para personas que tienen Medicaid y Medicare. Para obtener más información llame a la unidad de Atención médica coordinada.

Message 4 (Medicare No Med Adv)

**Ahora usted tiene Medicare.** Las personas que tienen Medicare no pueden participar en el programa de atención médica coordinada de Medicaid.

Message 5 (Otros)

---

---

---

Use for All:

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

Cuando su afiliación al plan de salud queda cancelada, usted puede recibir atención médica utilizando su tarjeta (de Beneficios) de Medicaid en cualquier consultorio o clínica que atienda pacientes afiliados a Medicaid. Para recibir los beneficios de Medicaid si usted tiene Ingreso en Exceso (Spendedown), usted primero **debe** cubrir ese monto.

Cuando termina su afiliación al plan de salud, usted puede o no tener cobertura de atención médica a largo plazo. Si usted reúne los requisitos porque tiene 65 años de edad o más, es ciego certificado o discapacitado certificado y no proporcionó pruebas de sus recursos la última vez que solicitó o renovó Medicaid, entonces usted no tendrá cobertura de Medicaid para atención de largo plazo. Si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicaid, comuníquese al número que figura en la parte superior de esta notificación.

**Se realiza esta notificación según la Ley de Servicios Sociales 364-j.**