

**CNS Paragraph Form**

**Program Area 01,03 (plus foster care) (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**

**Paragraph Number M0004**

**Version Number**

**Effective Date 03/07**

**Title: Denial of Your Request to Join a Health Plan (FH#236)**

**Comment**

**Reason Code M28**

**Dear Medicaid Recipient,**

We received your enrollment form to join a Medicaid Managed Care Health Plan.

You cannot join a Medicaid Managed Care Health Plan because:

Message 1 (spenddown)

**You are not fully eligible for Medicaid.** You have been notified by Medicaid that you have Excess Income (a Spenddown). Persons with Excess Income cannot be in Medicaid Managed Care.

Message 2 (TPHI)

**You have full health insurance which costs less than Medicaid Managed Care.** Persons with full health insurance that costs less 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:**

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

CNS Paragraph Form

**Program Area 01,03 (plus foster care) (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**

**Paragraph Number M0004**

**Version Number**

**Effective Date 03/07**

**Title: Denial of Your Request to Join a Health Plan (FH#236)**

**Comment**

**Reason Code M28**

**Estimado(a) Consumidor de Medicaid,**

Recibimos su formulario para inscribirse en un Plan de Atención Médica Coordinada de Medicaid.

No puede unirse a un Plan de Atención Médica Coordinada de Medicaid. porque:

Message 1 (spenddown)

**Usted no reúne todos los requisitos de elegibilidad para Medicaid.**

Medicaid le avisó que usted tiene Ingresos excesivos (una reducción de gastos (Spenddown)). Las personas que tienen ingresos excesivos no pueden participar en el programa de atención médica coordinada de Medicaid.

Message 2 (TPHI)

**Usted tiene una cobertura completa de seguro médico que cuesta menos que la atención médica coordinada de Medicaid.** Las personas que tienen una cobertura completa de seguro médico que cuesta menos no pueden participar en el programa de la atención médica coordinada de Medicaid.

Message 3 (Medicare with Med Adv)

**Usted tiene ahora Medicare.** Las personas que tienen Medicare no son elegibles para la atención médica coordinada de Medicaid. Sin embargo, tiene la opción de unirse a un plan de Medicaid Advantage. Medicaid Advantage es un programa de atención médica coordinada disponibles para personas que tienen Medicaid y Medicare. Para más información, llame a la unidad de Atención Médica Coordinada.

Message 4 (Medicare NO Med Adv)

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

Message 5

Otro:

---

---

---

Use for All:

## **Información Importante:**

**Esta acción es tomada bajo la ley de Servicios Sociales 364-j.**

3/07

