

CNS Paragraph Form

Date: 10.04.00

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **U0008**
Version Number **00002**
Effective Date **2000** (YMMMDD)
Title **Perinatal 200% to 100% or MA Lvl During Preg or 60 Day**
Comment
Reason Code **S11**

We will increase your Medical Assistance coverage from a limited service package for perinatal care only to full coverage for all covered medical care and services effective _____ for:

Name Client I.D. #
Name #
Name #

This is because your income (less Medical Assistance deductions) is now under the allowable Medical Assistance limit of \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your income.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.3, 360-4.6, 360-4.7 and 360-4.8.

Nosotros aumentaremos la cobertura de su Asistencia Medica, de un servicio limitado para cuidado perinatal unicamente a una cobertura completa para atencion medica y servicios cubiertos a partir del _____ para:

Nombre No. de I.D. del Cliente
Nombre #
Nombre #

Esto se debe a que su ingreso (menos las deducciones de Asistencia Medica) ahora bajo el limite permisible de la Asistencia Medica de \$_____.

Por favor fijese en la seccion relativa al calculo del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Esta decision esta basada en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.3, 360-4.6, 360-4.7 y 360-4.8.