

CNS Paragraph Form

Date: 11.07.07

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0121	
Version Number	00001	
Effective Date	2007	(YYMMDD)
Title	All Covered Care and Services to CC With CBLTC, No Longer Institutionalized, Exc Inc, SD Not Met	
Comment		
Reason Code		

We will reduce your Medical Assistance coverage from all covered care and services to community coverage with community-based long-term care with a spenddown requirement effective _____ for

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

This reduction in your coverage is because you are no longer receiving nursing facility services. In order to be eligible to receive Medical Assistance coverage for nursing facility services, you must be in receipt of nursing facility services.

This means that you are not eligible to receive Medical Assistance coverage for the following nursing facility services.

- Nursing home care, other than short-term rehabilitation
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Intermediate care facility services

If you begin receiving nursing facility services, notify your social services district immediately. We will then review your eligibility for Medical Assistance coverage for these services.

Why you have a spenddown:

Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$_____ is over the allowable Medical Assistance income limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess income amount for six months is \$_____.

This means you will have to submit paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your monthly excess income amount in order to be eligible for payment of any covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medical Assistance for both inpatient and outpatient coverage if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$_____, or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount.

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

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8 and Section 366-a(2)(a) of Social Services Law.

.
~\S

Reduciremos su cobertura de Asistencia Medica, de cobertura total de servicios y atencion de la salud, a cobertura comunitaria con cuidados a largo plazo provistos en la comunidad con requisito de sobrante, a partir del _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:

Esta reduccion en cobertura se debe a que usted ya no recibe servicios de enfermeria. Para que usted pueda recibir cobertura de servicios de enfermeria del programa de Asistencia Medica, usted debe estar recibiendo servicios de enfermeria.

Esto significa que usted no habilita para recibir cobertura del programa de Asistencia Medica para los siguientes servicios de enfermeria:

- Atencion medica en un hogar de convalecencia (nursing home), excepto rehabilitacion a corto plazo.
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atencion medica administrada a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Centro de servicios de atencion medica intermedia

Si usted comienza a recibir servicios de enfermería, notifíquesele inmediatamente a su distrito de servicios sociales. Haremos entonces una revisión para determinar si usted puede recibir cobertura de Asistencia Médica por estos servicios.

Por que usted tiene el requisito de sobrante:

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Asistencia Médica) de \$_____, sobrepasa el límite de ingresos de \$_____ fijado por Asistencia Médica. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$_____. La cantidad de su ingreso excesivo de seis meses es de \$_____.

Esto significa que usted tendrá que someter mensualmente facturas médicas pagas e impagas, no cubiertas por un seguro médico, que igualen o sobrepasen la cantidad de su ingreso mensual excesivo para que le podamos pagar gastos cubiertos de atención médica recibida como paciente externo. También, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Asistencia Médica para cubrir gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otras facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses.

Favor de consultar la sección referente al cálculo del presupuesto para ver como calculamos sus ingresos excesivos.

Lea las secciones tituladas: “Explicación del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribución de Pagos”.

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8 y la Sección 366-a(2)(a) de la Ley de Servicios.

.