

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>X0089</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>10.13.99</b>
<b>Title</b>	<b>Pay-In Credit Due to Uncovered Expenses</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>S15</b>

We have decided to credit the Pay-In account for:

Name Client I.D.  
Name #  
Name #

This is based on the following bill(s) you submitted for medical services not covered by the Medical Assistance Program:

Date of Service Description of Service Amount

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

The amount that you paid in to this agency for this period is \$\_\_\_\_\_. The amount of your uncovered medical services is \$\_\_\_\_\_. Because you have already paid us your excess income for this period, we are giving you a credit of \$\_\_\_\_\_. This reduces the amount you must pay to get coverage in the future as follows:

For the month(s) of \_\_\_\_\_, you are eligible for outpatient coverage and you do not need to make any payment to this agency.

For the month of \_\_\_\_\_, you must pay \$\_\_\_\_\_, in order to receive coverage.

Beginning \_\_\_\_\_, you must again pay the full excess income amount of \$\_\_\_\_\_, in any month in which you want Medical Assistance coverage.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-4.8.

~\S

Hemos decidido acreditar su cuenta de pago para:

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

Esto se basa en la(s) siguiente(s) factura(s) que usted presento por servicios medicos provistos que no estan cubiertos por el Programa de Asistencia Medica:

Fecha de la Servicio Descripcion del Servicio Cantidad

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

La cantidad que usted pago a esta agencia por este periodo es \$\_\_\_\_\_.  
La cantidad de sus servicios medicos sin cobertura es \$\_\_\_\_\_. Debido a que usted ya nos pago su ingreso excesivo para este periodo, nosotros le estamos dando un credito de \$\_\_\_\_\_. Esto reduce la cantidad que usted debe pagar para obtener cobertura en el futuro de la siguiente manera:

Para el/los mes(es) de \_\_\_\_\_, usted es elegible para cobertura ambulatoria y usted no necesita hacer ningun otro pago a esta agencia.

Para el mes de \_\_\_\_\_, usted debe pagar \$\_\_\_\_\_, para recibir cobertura.

A partir del \_\_\_\_\_, usted debe volver a pagar la cantidad completa del ingreso excesivo de \$\_\_\_\_\_, en cualquier mes en el que usted desee la cobertura de la Asistencia Medica.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-4.8.