

CNS Paragraph Form

Date:

Program Area	03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0090
Version Number	
Effective Date	10.13.99
Title	Pay-In Refund Due to Uncovered Expenses
Comment	
Reason Code	S16

We are giving a refund from your 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 sending you a check for \$_____. This amount is either the amount of the incurred bill(s), or the amount that you paid us, whichever is less.

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

~\S

Le estamos proporcionando un reembolso proveniente de su cuenta de pago para:

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

Este se basa en la(s) siguiente(s) factura(s) que usted presento por servicios medicos provistos que no estan cubiertos por el Programa de la 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 los servicios medicos que se le proveyeron sin coberbura es \$_____. Debido a que usted ya nos ha pagado su ingreso excesivo por este periodo, nosotros le estamos enviando a usted un cheque por \$_____. Esta cantidad ya sea es la cantidad de facturas incurridas, o la cantidad que usted nos ha pagado, cualquiera que sea menor.

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