

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0019</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>09.13.99</b>
<b>Title</b>	<b>Change from SLIMB to QMB Coverage</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>S17</b>

We will continue Medical Assistance payment of your Medicare Part B premium for:

Name Client I.D. #  
Name #  
Name #

In addition, effective \_\_\_\_\_ Medical Assistance will also pay your Medicare Part A and Part B deductibles and co-insurance.

This is because your income (less Medical Assistance deductions) is now equal to or below the Qualified Medicare Beneficiary income limit of \$ \_\_\_\_\_. Please look at the budget calculation section to see how we figured your net income.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.7.

~\S

Nosotros continuaremos con el pago de la Asistencia Medica para cubrir la prima de la Parte B del Medicare para:

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

Ademas, a partir del \_\_\_\_\_, la Asistencia Medica tambien pagara las deducciones de las Partes A y B del Medicare y el co-seguro.

Esto se debe a que el ingreso (menos las deducciones de Asistencia Medica) es ahora igual o inferior al ingreso limite del Beneficiario Calificado del Medicare de \$ \_\_\_\_\_.

Por favor fijese en la seccion donde se calcula el presupuesto para saber como calculamos su ingreso neto.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-7.7.