

CNS Paragraph Form

Date: 12.01.17

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **Y0059**
Version Number **00008**
Effective Date **2018** **(YYMMDD)**
Title **Approve Retro, Deny Ongoing Medicaid Due to Excess
Income and/or resources**
Comment
Reason Code **S80**

We have accepted your application dated _____ for Medicaid coverage for the period _____ to _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

These individuals are not eligible for Medicaid coverage after _____.

Choose one of the following messages:

Message 1 (Over Income)

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Also you do not have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income amount.

If you incur medical bills in the amount of your excess income or if your income goes down, you may reapply.

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

Message 2 (Over Resources-MA-SSI Related Only)

This is because your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. The amount over the limit is called excess resources or spenddown. Your excess resource amount is \$_____. We have not received documentation that you have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess resources.

If you incur medical bills in the amount of your excess resources, or if your resources go down, you may reapply.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

Please read the Section: "Explanation of the Excess Resource Program."

Message 3 (Over Income and Resources-MA-SSI Related Only)

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. In addition, your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. The amounts over the limits are called excess income and excess resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess resource amount is \$_____. We have not received documentation that you have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income and excess resources.

If you incur medical bills in the amount of your excess resources and expect to have medical bills which are equal to or more than your excess income, or if your income or resources go down, you may reapply.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

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

Use for All

If you submitted paid medical bills for direct reimbursement, you will be notified separately of our decision.

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

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.7 and 360-4.8.

~IS

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para cobertura de Medicaid para el periodo de _____ a _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Estas personas no reúnen los requisitos para recibir cobertura de Medicaid después del _____.

Choose one of the following messages:

Message 1 (Over Income)

Esto se debe a que su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ sobrepasa el límite de ingresos de Medicaid, fijado en \$_____. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es \$_____. Usted tampoco tiene gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por seguro médico que sean iguales o mayores al monto de sus ingresos excesivos.

Si usted incurre facturas médicas por un monto equivalente al monto de sus ingresos excesivos o si el monto de sus ingresos disminuye, puede volver a presentar una solicitud.

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

Message 2 (Over Resources-MA-SSI Related Only)

Esto se debe a que sus recursos contables de \$_____ sobrepasa el límite de recursos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que excede el límite se llama recursos excesivos o sobrante. La cantidad de su recurso excesivo es de \$_____. No hemos recibido documentación alguna que indique que usted tiene gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por un seguro médico que sean iguales o mayores al monto de sus recursos excesivos.

Si en el futuro usted incurre facturas médicas por el monto de sus recursos excesivos, o si el monto de sus recursos disminuye, puede volver a presentar una solicitud.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Lea la sección titulada: “Explicación del Programa de Recursos Excesivos”.

Message 3 (Over Income and Resources-MA-SSI Related Only)

Esto se debe a que su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ sobrepasa el limite de ingresos de Medicaid, fijado en \$_____.
Ademas, sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el limite de recursos de Medicaid, fijado en \$_____. Las cantidades que sobrepasan el limite se denominan ingresos y recursos excesivos o sobrantes. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es \$_____. La cantidad de su recurso excesivo es de \$_____. No hemos recibido documentacion alguna que indique que usted tiene gastos medicos pagos o impagos no cubiertos por un seguro medico que sean iguales o mayores al monto de sus ingresos y recursos excesivos.

Si usted tiene gastos medicos por el monto de sus recursos excesivos y cree que tendra facturas medicas por un monto igual o mayor al monto de sus ingresos excesivos, o si sus ingresos o recursos disminuyen, puede volver a presentar una solicitud.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Lea las secciones tituladas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos", "Explicacion del Programa de Recursos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Use for All

Si sometio recibos de facturas medicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificara por separado de nuestra decision.

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de sus ingresos y/o recursos excesivos.

Conforme Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.7 Y 360-4.8.