

CNS Paragraph Form

Date: 06.22.2015

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0282	
Version Number	00001	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	MA to FPBP (24 month ext.), 60 Days Post-Partum, MA Ineligible Due to Excess Income	
Comment		
Reason Code	UU4	

We will change your coverage from Medicaid to the Family Planning Benefit Program Extension effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Because you received Medicaid when you were pregnant, you are eligible for an additional 24 months of family planning services coverage, regardless of the outcome of the pregnancy. You will receive this coverage under the Family Planning Benefit Program for 12 months at a time. Before the end of the first 12 months, you will receive a renewal form to complete and return to us.

Family planning services are services that may help prevent or reduce unwanted pregnancies. The Family Planning Benefit Program service package includes certain prescription and non-prescription drugs, medical supplies, transportation, sterilization and medical counseling.

You may continue to use your current benefit card for confidential family planning treatment, services and supplies for the entire extension period.

You may call 1-800-541-2831 for more information and for the location of Family Planning Benefit Program service providers near you.

When you were pregnant and until the end of the month following the 60th day after your pregnancy ended, we compared your income to the Modified Adjusted Gross Income (MAGI) limit of 223% of the Federal Poverty Level. We have re-determined your eligibility for Medicaid because you are no longer pregnant.

Choose one of the following messages:

Message 1 – MA ineligible due to excess income (SCC)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$ see spec .

Message 2 – MA ineligible due to excess income (Parent/Caretaker Relative, 19-20 yr old Living Alone)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$ see spec .

Message 3 – MA ineligible due to excess income (19-20 yr old Living with parents)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$ see spec .

Message 4 – MA ineligible due to excess income (Child 6<19)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$ see spec .

Only use with messages 2, 3, or 4:

You may be eligible for Medicaid with a spenddown. This would entitle you to services which include outpatient care, doctor and dental visits, lab tests, prescription drugs, and long-term care in the community such as home care and assisted living.

To receive Medicaid coverage with a spenddown in a particular month, you will be required to present incurred medical bills equal to the difference between your income and the Medicaid income limit. It is like a deductible. Medicaid will pay your additional medical bills beyond that for the rest of that month.

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

If you are interested in receiving Medicaid coverage with a spenddown, call the Unit telephone number listed above within 30 days of the effective date of this notice.

Use for all

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

Recipients of the Family Planning Benefit Program are not eligible to be enrolled in Medicaid Managed Care Health Plans. If you are currently enrolled in a Medicaid Managed Care Health Plan, and your health care coverage has changed to the Family Planning Benefit Program, you will no longer be enrolled in your health plan on the effective date of the change. Instead, Family Planning Benefit Program recipients are able to receive family planning services from Medicaid enrolled providers they choose instead of from health plan

providers. You can begin using the services covered under the Family Planning Benefit Program on a fee-for-service basis using your benefit card as of the effective date on this notice.

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on Section 122 of the Social Services Law and Section 366 (1) (b) (6) of the Social Services Law.

~S\

Cambiaremos su cobertura de Medicaid, al Programa de Extension de Beneficios de Planificacion Familiar, a partir del _____ para:

Nombre	No. de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Dado que usted recibio Medicaid durante su embarazo, usted habilita para recibir 24 meses adicionales de cobertura de servicios de planificacion familiar, sin importar como concluyo el embarazo. Usted recibira esta cobertura bajo el Programa de Beneficios de Planificacion Familiar por 12 meses a la vez. Antes del fin de los primeros 12 meses, recibira un formulario de renovacion que tendra que rellenar y devolver.

Los servicios de planificacion familiar pueden ayudarle a prevenir o reducir los embarazos no deseados. El paquete de servicios de Planificacion Familiar incluye ciertos medicamentos recetados como tambien de venta libre, suministros medicos, transporte, esterilizacion y asesoramiento medico.

Puede continuar usando la tarjeta de beneficios para recibir tratamiento confidencial de planificacion familiar, servicios y suministros por el periodo completo de extension.

Puede llamar al 1-800-541-2831 y solicitar informacion como tambien la ubicacion del proveedor de servicios del programa de beneficios de planificacion familiar mas cercano a usted.

Durante su embarazo y hasta el fin del mes posterior al dia 60 despues del fin de su embarazo, comparabamos su ingreso con el limite de ingresos del Ingreso bruto ajustado con modificaciones (MAGI, por sus siglas en ingles) de 223% del indice nacional de pobreza. Hemos redeterminado su elegibilidad para cobertura de Medicaid porque usted ya no esta embarazada.

Choose one of the following messages:

Message 1 – MA ineligible due to excess income (SCC)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$ _____ están sobre el límite permitido en virtud de MAGI, de \$ see specs .

Message 2 – MA ineligible due to excess income (Parent/Caretaker Relative, 19-20 yr old Living Alone)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$ _____ están sobre el límite permitido en virtud de MAGI, de \$ see specs .

Message 3 – MA ineligible due to excess income (19-20 yr old Living with parents)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$ _____ están sobre el límite permitido en virtud de MAGI, de \$ see specs .

Message 4 – MA ineligible due to excess income (Child 6<19)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$ _____ están sobre el límite permitido en virtud de MAGI, de \$ see specs .

Only use with messages 2, 3, or 4:

Usted puede ser elegible para Medicaid asumiendo parte de la responsabilidad económica (spend-down). Esto le daría derecho a servicios que incluyen atención ambulatoria, citas médicas y odontológicas, exámenes de laboratorio, medicamentos recetados, y atención de largo plazo en la comunidad tal como atención domiciliaria y en residencias con asistencia para la vida diaria.

Para recibir cobertura de Medicaid asumiendo parte de la responsabilidad económica en un determinado mes, usted tendrá que presentar las cuentas médicas en las que haya incurrido cuya suma sea igual a la diferencia entre sus ingresos y el límite de ingresos de Medicaid. Es como un deducible. Medicaid pagará sus cuentas médicas adicionales que superen esa cifra durante el resto de ese mes.

Por favor lea las Secciones: "Explicación del Programa de Ingresos en Exceso" y "Programa Opcional con Pago".

Si está interesado(a) en recibir cobertura de Medicaid asumiendo parte de la responsabilidad económica, llame al número de teléfono de la Unidad indicado arriba dentro de los 30 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de esta notificación.

Use for All:

Por favor mire la sección de cálculo del presupuesto para ver cómo calculamos sus ingresos.

Los beneficiarios del Programa de Beneficios de Planificación Familiar no habilitan para inscribirse en los Planes de Cuidados Administrados de Medicaid. Si usted está inscrito actualmente en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid y su cobertura de seguro de salud ha cambiado al Programa de Beneficios de Planificación Familiar, ya no estará inscrito en su plan de salud a partir de la fecha de vigencia del cambio. En su lugar, los beneficiarios del Programa de Beneficios de Planificación Familiar pueden recibir servicios de planificación familiar del proveedor afiliado a Medicaid de su elección, en vez de los del plan de salud. Podrán comenzar a usar los servicios cubiertos bajo el Programa de Beneficios de Planificación Familiar pagando una cuota por servicio con la tarjeta de beneficios a partir de la fecha de vigencia de esta notificación.

Si Medicaid está pagando las primas de sus seguros de salud por usted, incluyendo Medicare, el pago de estas primas será descontinuado.

Conforme Sección 122 de la Ley de Servicios Sociales y las Secciones 366(1)(b)(6) de la Ley de Servicios Sociales.