

CNS Paragraph Form

Date: 12.22.2014

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number D0014
Version Number 00002
Effective Date 2015 (YYMMDD)
Title Deny MA, Failure to Utilize Benefits
Comment
Reason Code V13

We have denied your application for Medicaid dated _____ for:

Name Client I.D. #
Name #
Name #

This is because when a person might be able to get some other benefits which can reduce or end the person's need for Medicaid, the person must apply for and use such benefits. Although we told you to, you failed to apply for or use _____.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3(c)(1).

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud de Medicaid fechada el _____ para:

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

Esto se debe a que cuando una persona pudiera ser elegible para obtener algunos otros beneficios que pueden reducir o cancelar la necesidad de una persona para recibir la Medicaid, la persona debe solicitar y utilizar dichos beneficios. A pesar de que nosotros le dijimos que lo haga, usted fallo al no solicitar o utilizar _____.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 360-2.3(c)(1).