

CNS Paragraph Form

Date: 09.26.07

Program Area **03** (01= PA, 02=FS, 03= MA, 04= HP)
Paragraph Number **D0132**
Version Number **00003**
Effective Date **2002**(YYMMDD)
Title **DENY MCTP, FAILED TO VERIFY INFO, DID NOT STATE UNABLE TO GET**
Comment
Reason Code **V81**

We have denied your application for Medical Assistance under the Medicaid Cancer Treatment Program: Breast, Cervical, Colorectal and Prostate Cancer (MCTP) dated _____ for:

Name	Client I.D.#
Name	#
Name	#

This is because we must have proof of certain things to decide if you can get Medical Assistance under MCTP. You did not give us all the things we need to decide if you can get Medical Assistance under the MCTP. You did not tell us you could not get these things. You failed to verify:

If you have any questions, you may call the State MCTP Coordinator at (518) 473-5330.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3 and Section 366.4 of the Social Services Law.

~\S

Hemos rechazado su solicitud de fecha _____ en la que solicitaba servicios bajo el Programa de Medicaid para el Tratamiento de Cancer: Cancer de Seno, Cervical, Colorectal y de Prostata (MCTP) para:

Nom bre	No. de ID del Cliente
Nom bre	No. de ID del Cliente
Nom bre	No. de ID del Cliente

El motivo es porque debemos tener comprobantes de ciertas cosas para poder decidir si usted puede recibir Asistencia Medica bajo MCTP. Usted no nos

proporcione todos los datos que necesitabamos para poder decidir si usted puede recibir Asistencia Medica bajo MCTP. Usted no nos informo que no podia conseguir esas cosas. Usted no verifico lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame al Coordinador Estatal de MCTP al (518) 473-5330.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3 y la Seccion 366.4 de la Ley de Servicios Sociales.