

CNS Paragraph Form

Date: 05.11.06

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number Y0061
Version Number 00001
Effective Date 2006
Title **Accept MA Payment of Insurance Premiums**
Comment
Reason Code

The Medical Assistance program will pay for your health insurance premiums effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because we have determined that it is cost effective for the Medical Assistance program to pay your health insurance premiums.

You are responsible for health insurance premium bills incurred before the effective date listed above.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-7.5 and Section 367-a of the Social Services Law.

- S -

El programa de Asistencia Medica pagara las primas de su seguro medico, a partir de _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que hemos determinado que nos es mas economico que el programa de Asistencia Medica pague las primas de su seguro medico.

Usted es responsable de pagar las facturas de primas que haya incurrido antes de la fecha efectiva indicada arriba.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-7.5 y la Seccion 367-a de la Ley de Servicios Sociales.