

**CNS Paragraph Form**

Date: 09.29.99

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **C0031**  
**Version Number**        **00001**  
**Effective Date**        **1999**        (YYMMDD)  
**Title**                    **Disc MA Payment COBRA Continue Group Health Ins  
Premiums**  
**Comment**  
**Reason Code**            **X50**

We will discontinue Medical Assistance Program coverage for your group health insurance premiums under the COBRA Continuation Coverage Program effective (date) for the following person(s):

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Instruction: Choose one or more of the following messages

Message 1 (No longer entitled to COBRA continuation coverage)

This is because you are no longer entitled to COBRA continuation coverage for the following reason \_\_\_\_\_.

Message 2 (Over Income)

This is because your income (less Medical Assistance deductions) of \$\_\_\_\_\_ is over the income limit of (\$\_\_\_\_\_).

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

Message 3 (Over Resources)

This is because your countable resources of \$\_\_\_\_\_ are over the resource limit of (\$\_\_\_\_\_).

Please look at the budget page to see how we figured your resources.

Message 4 (Not cost effective)

This is because we determined that it is no longer cost effective to pay your health insurance premiums.

Message 5 (Employer has less than 75 employees)

This is because Medical Assistance payment of COBRA continuation premiums is only available when the coverage is through an employer of 75 or more employees.

Message 6 (Other)

This is because \_\_\_\_\_.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.5.

~\S

Descontinuaremos la cobertura del Programa de Asistencia Medica de las primas de su seguro de enfermedad de grupo segun el Programa de Continuacion de Cobertura COBRA, a partir del (fecha) para las siguientes personas:

Nombre	# del I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Instruction: Choose one or more of the following messages

Message 1 (No longer entitled to COBRA continuation coverage)

Esto se debe a que usted ya no tiene derecho a la cobertura de continuacion COBRA por la siguiente razon \_\_\_\_\_.

Message 2 (Over Income)

Esto se debe a que el ingreso (menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$\_\_\_\_\_ es superior al limite de ingreso de (\$\_\_\_\_\_).

Por favor fijese en la pagina del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Message 3 (Over Resources)

Esto se debe a que los recursos contables de \$\_\_\_\_\_ son superiores al limite de recursos de (\$\_\_\_\_\_).

Por favor fijese en la pagina del presupuesto para ver como calculamos sus recursos.

Message 4 (Not cost effective)

Esto se debe a que hemos determinado que no es economico continuar pagando las primas de su seguro de enfermedad.

Message 5 (Employer has less than 75 employees)

Esto se debe a que el pago de Asistencia Medica de las primas de continuacion de COBRA solo es disponible cuando el seguro es por medio de un empleador con 75 empleados o mas.

Message 6 (Other)

Esto se debe a que \_\_\_\_\_.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-7.5.

~\#