

CNS Paragraph Form

Date: 08.27.08

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **D0023**
Version Number **00002**
Effective Date **2008** **(YYMMDD)**
Title **Deny Medicare Buy-In Program QMB**
Comment
Reason Code **X52**

We have denied your application for the Medicare Buy-In Program dated _____ for:

| | |
|------|---------------|
| Name | Client I.D. # |
| Name | # |
| Name | # |

This means that Medicaid cannot pay your Medicare premiums, deductibles and coinsurance.

Choose One or More Messages

Message 1 (Over Income Limit)

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the income limit of \$_____.

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

Message 2 (Not Enrolled or Eligible for Part A)

This is because you are not (enrolled in)(eligible for) Medicare Part A from the federal Social Security Administration.

Message 3 (Other)

This is because: _____.

Use for all

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.7.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud para el Programa "Buy-In" del Medicare fechada el _____ para:

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

Esto significa que la Medicaid ya no puede pagar mas las primas de su Medicare, sus deducciones y el coseguro.

Choose One or More Messages

Message 1 (Over Income Limit)

Esto se debe a que sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$_____ excede el limite de ingresos de \$_____.

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

Message 2 (Not Enrolled or Eligible for Part A)

Esto se debe a que usted no se (inscribio en el) (no es elegible para el) Medicare, Parte A, de la Administracion del Seguro Social federal.

Message 3 (Other)

Esto se debe a que: _____.

Use for all

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-7.7.

~\#