

CNS Paragraph Form

Date: 05.30.2017

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	R0045	
Version Number	00004	
Effective Date	2017	
Title	Cover Letter for FPBP Renewal Form	
Comment	For Enrollment Center use only	
Reason Code	Z59	

**FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM
RENEWAL FORM**

**IF YOU DO NOT RETURN THIS FORM BY _____,
YOU WILL LOSE YOUR HEALTH CARE COVERAGE.**

- It is time to renew your Family Planning Benefit Program coverage.
- **By _____**, you must complete the enclosed renewal application form and return it to New York Health Options at the address below **with this letter** and include any documentation that may be required.

New York Health Options

PO Box 11640

Albany, New York 12211-0640

- When returning your renewal application form:
 - Make sure you answer every question **AND** sign the enclosed renewal application form.
 - Be sure to write your case number in the top box that says, "Tell us who you are and how to contact you". Your case number can be found at the top of this letter.
 - You may call **1-866-834-6386** for help with this form. Be sure to have the form with you when you call.
 - You do not need to send proof of your income.
 - If you have private or employer sponsored health insurance that is new, has ended or has changed since your last application/renewal, you must provide us with that information. Examples of this proof include:

- A letter from your employer showing start/end date and type of health insurance, insurance premium or termination statement, health insurance card, including Medicare card (red, white and blue card) or copy of health insurance policy.
 - If you are under age 21 and do not want your available health insurance to be billed due to confidentiality concerns, you do not have to provide us with that health insurance information.
 - If you are age 21 or over, you must provide us with all other available health insurance information. The exception to this requirement is when you have told us about a good reason (good cause) for us not to bill that insurance and we have approved that request.
- To request Good Cause approval, please call this phone number (1-800-541-2831) to speak confidentially with a representative who can assist you.
- If you pay a health insurance premium, you must send proof of the amount of your premium. Examples of this proof include:
 - A letter from your employer stating the premium amount you pay, premium billing statement or pay stub showing the premium deduction amount.
- Currently, you are only covered for family planning services. If you want to be evaluated for Medicaid coverage, you can apply online at <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>. If you have questions about the application process or if you want in-person help to complete your application, call NY State of Health at 1-855-355-5777 to find help near you. You cannot use the enclosed form to apply for Medicaid coverage.

TO RENEW YOUR HEALTH INSURANCE BENEFITS:

**RETURN THE ENCLOSED RENEWAL APPLICATION FORM,
THIS LETTER AND ANY REQUIRED DOCUMENTATION TO THE
ADDRESS LISTED ON THE
FRONT OF THIS FORM.**

MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION AND SIGN THE FORM.

YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW

S~

FORMULARIO DE RENOVACION DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

SI USTED NO DEVUELVE ESTE FORMULARIO PARA EL _____, PERDERA SU COBERTURA DE SEGURO DE SALUD

- Es tiempo de renovar su cobertura del Programa de Beneficios de Planificacion Familiar.
- **Para el _____**, usted debe rellenar el formulario adjunto de renovacion y regresarlo a Opciones de Salud de Nueva York (*New York Health Options*) a la direccion indicada abajo **junto con esta carta** y toda otra documentacion exigida.

New York Health Options

PO Box 11640

Albany, New York 12211-0640

- Al regresar su formulario de solicitud de renovacion:
 - Cerciorese de contestar cada pregunta **Y** de firmar el formulario de renovacion adjunto.
 - Escriba el numero de su caso en la casilla superior que lee, "Diganos quien es usted y como nos podemos comunicar con usted". El numero de su caso lo puede ubicar en la parte superior de esta carta.
 - Puede llamar al **1-866-834-6386** si necesita ayuda con este formulario. No olvide tener a mano este formulario cuando llame.
 - No necesita mandar comprobante de sus ingresos.
 - Si usted cuenta con seguro medico privado o por parte de su empleador y dicho seguro es nuevo, ha cesado o ha sido modificado desde la ultima vez

que usted sometio una solicitud o renovacion, nos debe suministrar esos datos. Ejemplos de dichos comprobantes son:

- Una carta de su empleador que muestre la fecha de inicio/cese y tipo de seguro medico, primas de seguro o carta de cese, tarjeta de seguro medico, inclusive la tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) o copia de la poliza de seguro.
 - Si usted es menor de 21 anos de edad y no quiere que se facture su seguro medico debido a cuestiones de confidencialidad, no nos tiene que suministrar los datos de ese seguro medico.
 - Si usted tiene 21 anos o mas, debe suministrarnos los datos completos del seguro medico. La excepcion a esta regla es si usted nos notifica que tiene una razon justa (motivo justificado) para que no facturemos ese seguro y le hemos aprobado esa peticion.
- Si desea hacer una peticion de motivo justificado, favor de llamar al (1-800-541-2831) y hablar en privado y de manera confidencial con un representante.
- Si usted paga una prima de seguro medico, debe enviarnos comprobante del monto de esa prima. Ejemplos de dichos comprobantes son:
 - Una carta de su empleador indicando el monto de la prima que usted paga, un estado de cuenta de facturacion de primas o recibo de nomina que muestre el monto de la deduccion de la prima.
- Actualmente usted solamente tiene cobertura de servicios de planificacion familiar. Si usted desea que se le haga una evaluacion para ver si puede recibir Medicaid, se puede aplicar en linea en <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>. Si usted tiene preguntas sobre el proceso de solicitud o si necesita ayuda en persona para completar su solicitud, llame a NY State of Health de 1-855-355-5777 para encontrar ayuda cerca de usted. No puede usar el formulario adjunto para solicitar Medicaid.

SI DESEA RENOVAR SUS BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD:

REGRESE EL FORMULARIO DE RENOVACION ADJUNTO, ESTA CARTA Y TODA DOCUMENTACION SOLICITADA A LA

**DIRECCION SENALADA EN EL ANVERSO DE ESTE
FORMULARIO.**

ASEGURESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS Y DE FIRMAR EL FORMULARIO.

NO NECESITA PRESENTARSE A UNA ENTREVISTA