

CNS Paragraph Form

Date: 10.23.2018

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0271	
Version Number	00001	
Effective Date	2018	
Title	Discontinue MCTP – Failure to Apply for Medicaid on NYSOH	
Comment		
Reason Code	B79	

Notice to Discontinue Medicaid Coverage Under the Medicaid Cancer Treatment Program

We will discontinue coverage under the Medicaid Cancer Treatment Program: Breast, Cervical, Colorectal and Prostate Cancer (MCTP) effective system generated date for:

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

This is because you did not contact New York’s health plan marketplace, NY State of Health before _____ to apply for Medicaid coverage.

On _____, we sent you a notice telling you that your coverage under the MCTP program was ending in 90 days and that you must contact NY State of Health at 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) to apply for Medicaid coverage.

Why You are Getting this Notice

You were enrolled in the MCTP program for a period of 90 days so that you could continue your treatment until your eligibility for Medicaid through NY State of Health could be determined. Individuals who appear to be Medicaid eligible are required to apply for Medicaid through NY State of Health.

If you need help applying for Medicaid with NY State of Health, please call 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

If you apply within 30 days of the effective date of this notice and your eligibility determination shows that you are ineligible for Medicaid, please call the phone number listed at the top of this notice to have your coverage continued under the MCTP program.

This decision is based on Section 366 (1) (c) (7) & (8) of the Social Services Law.

~/S

Aviso de la decisión de suspender su cobertura de Medicaid conforme al Programa de Medicaid para el tratamiento del cáncer

Suspenderemos la cobertura del Programa de Medicaid para el tratamiento del cáncer de: seno, cuello uterino, colorrectal y de próstata (MCTP, por sus siglas en inglés) que entra en vigor el system generated date para:

Nombre N° de Id. del cliente

Esto se debe a que usted no se comunicó con el Mercado de planes de atención médica de Nueva York, NY State of Health antes del _____ para solicitar cobertura con Medicaid.

El _____, le enviamos un aviso indicándole que su cobertura conforme al programa MCTP terminaría en 90 días y que debía comunicarse con NY State of Health llamando al 1-855-355-5777 (sistema de teletipo o TTY: 1-800-662-1220) para solicitar cobertura de Medicaid.

Por qué está recibiendo este aviso

Usted estuvo inscrito en el programa MCTP durante un período de 90 días para que pudiera continuar su tratamiento hasta que su elegibilidad para recibir Medicaid por medio de NY State of Health pudiera determinarse. Las personas que parezcan ser elegibles para Medicaid deben solicitar Medicaid a través de NY State of Health.

Si necesita ayuda para solicitar Medicaid con NY State of Health, comuníquese al 1-855-355-5777 (sistema de teletipo o TTY: 1-800-662-1220).

Si hace la solicitud dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vigencia de este aviso y su determinación de elegibilidad muestra que usted no es elegible para Medicaid, comuníquese al número de teléfono mencionado en la parte superior de este aviso para que su cobertura continúe conforme al programa MCTP.

Esta decisión se basa en el Artículo 366 (1) (c) (7) & (8) de la Ley de Servicios Sociales.

~/S