

CNS Paragraph Form

Date: 10.23.2020

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **C0098**
Version Number **00002**
Effective Date **1999** (YYMMDD)
Title **Disc MA Payment of AHIP Premiums**
Comment
Reason Code **X14**

We will discontinue payment of your health insurance premiums under the Aids Health Insurance Program effective _____ for:

Name	Client I. D. #
Name	#
Name	#

Instruction: Choose one or more of the following Messages:

Message 1 (Failed to complete the MA eligibility process)

This is because you failed to complete the application process for Medicaid.

Message 2 (Over Income)

This is because your income (less Medicaid deductions) is more than 185% of the Federal Poverty Level of \$_____.

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

Message 3 (Eligible for MA)

This is because you are now eligible for Medicaid and your premiums will be paid under the Medicaid Program.

Message 4 (Eligible for COBRA)

This is because you are now eligible for COBRA Continuation Coverage and your premiums will be paid under the COBRA Continuation Coverage Program (CCP).

Message 5 (Moved out of state)

This is because you are no longer residing in New York State.

Message 6 (Failure to verify)

This is because you did not provide us with certain documentation which we must have to determine your eligibility for Medicaid and continued payment of your health insurance premiums.

Message 7 (Failed to provide documentation of computer match income)

This is because we asked you to bring us information about (Computer Match) for (Names) and you failed to do so.

We need this information to determine your eligibility for Medicaid and continued payment of your health insurance premiums.

Use For All

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

~\S

Nosotros discontinuaremos el pago de las primas de su seguro de salud bajo el Programa de Seguro de Salud para el SIDA a partir del _____ para:

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

Instruction: Choose one or more of the following Messages:

Message 1 (Failed to complete the MA eligibility process)

Esto se debe a que usted no completo el proceso de solicitud para beneficios de Medicaid.

Message 2 (Over Income)

Esto se debe a que el ingreso (menos las deducciones de Medicaid) excede en mas del 185% al Nivel de Pobreza Federal de \$_____.

Por favor fijese en la seccion del calculo presupuestario para ver como calculamos su ingreso.

Message 3 (Eligible for MA)

Esto se debe a que usted es ahora elegible para Medicaid, y sus primas se pagaran bajo el Programa de Medicaid.

Message 4 (Eligible for COBRA)

Esto se debe a que usted es ahora elegible para el programa de Continuacion de Cobertura COBRA, y sus primas seran pagadas bajo el Programa de Continuacion de Cobertura COBRA (Continuation Coverage Program--CCP).

Message 5 (Moved out of state)

Esto se debe a que usted ya no reside en el Estado de Nueva York.

Message 6 (Failure to verify)

Esto se debe a que usted no nos proporciono cierta documentacion que debemos tener para determinar su elegibilidad para la Medicaid y para el pago continuo de sus primas de seguro de salud.

Message 7 (Failed to provide documentaion of computer match income)

Esto se debe a que nosotros le pedimos que nos proporcionase informacion acerca de (Computer Match) para (Names) y usted no lo hizo.

Necesitamos esta informacion para determinar su elegibilidad para la Medicaid y el pago continuo de sus primas de seguro de salud.

Use For All

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYTCRR 360-7.5(h).

~\#