

CNS Paragraph Form

Date: 10.25.2019

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0224	
Version Number	00002	
Effective Date	2019	(YYMMDD)
Title	PE Pregnant Woman to Medicaid, Income at or Below 223%FPL	
Comment		
Reason Code	D09	

We have accepted your application dated _____ for Medicaid effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

As a pregnant woman who met certain guidelines when screened by your provider, you were given Medicaid presumptive eligibility.

Based on a full Medicaid eligibility determination conducted by your local department of social services (LDSS), you have been determined fully Medicaid eligible and covered Medicaid services have been authorized from the date you were screened presumptively eligible.

You are eligible for all Medicaid covered services, including:

- Prenatal care
- Labor and delivery
- Physician care
- Midwife care
- Outpatient clinic
- Pharmacy
- Dental
- Laboratory
- Eye care
- Transportation
- Home health care
- Personal care
- Nursing services
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech pathology

- Durable medical equipment
- Abortion
- Clinical psychology
- Outpatient/mental health
- Outpatient/alcoholism
- Health education
- Nutritional counseling
- Family planning
- Hospice
- Inpatient care
- Alternative level care
- Institutional long-term care

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

Pregnant women residing in counties that have implemented mandatory managed care are required to choose a Medicaid managed care plan at the point of application for presumptive eligibility. If you chose a managed care plan and you are not otherwise exempt or excluded from enrollment, you will receive a separate notice telling you the effective date of the health plan coverage.

A Medicaid renewal form will be sent to you before the end of the month following the 60th day after your pregnancy ends. You or your representative will need to complete and return the renewal form, as well as any requested documentation, in order to determine if you will still be eligible for Medicaid following the end of your current eligibility period.

Please review the Medical Assistance Utilization Threshold information found in the Medical Assistance section of the booklet, "LDSS-4148B: What You Should Know About Social Services Programs". The information explains any services limitations. The LDSS-4148B was given to you when you applied for assistance.

If you submitted paid medical bills for direct reimbursement, you will be notified separately of our decision.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-3.7(d), 360-4.7(b) and 360-4.8(a) and Section 364-i of the Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para cobertura de Medicaid con fecha efectiva del _____ para:

Nombre	No. de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Dado que usted es una mujer embarazada que cumple los requisitos tal como lo demuestra el examen de preseleccion realizado por el proveedor, a usted se le ha otorgado habilitacion presunta para recibir Medicaid.

En base a una determinacion completa de habilitacion para recibir Medicaid realizada por el departamento local de servicios sociales, se ha determinado que usted habilita para recibir cobertura completa de Medicaid y por ende se han aprobado los servicios de Medicaid comenzando con la fecha en que a usted se le otorgo la habilitacion presunta.

Usted reúne las condiciones para recibir servicios comprendidos por el programa de Medicaid, inclusive:

- Cuidado prenatal
- Parto y alumbramiento
- Atencion por un medico
- Atencion por una partera
- Clinica externa
- Farmacia
- Atencion dental
- Laboratorio
- Atencion ocular
- Transporte
- Atencion de salud a domicilio
- Cuidados personales
- Servicios de enfermera
- Terapia fisica
- Terapia ocupacional
- Patologia del habla
- Equipo medico duradero
- Aborto
- Sicologia clinica
- Atencion externa de salud mental
- Atencion externa por alcoholismo
- Orientacion sobre temas de salud
- Orientacion sobre temas de nutricion
- Planificacion familiar
- Servicios de hospicio
- Atencion de paciente interno
- Atencion de nivel alternativo
- Atencion en una institucion de cuidados a largo plazo

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos sus ingresos.

Las mujeres embarazadas que residen en los condados sujetos a cuidados administrados obligatorios estan obligadas a escoger un plan de cuidados administrados de Medicaid cuando someten la solicitud de habilitacion presunta. Si usted escoge un plan de cuidados administrados y usted no esta exento(a) o excluido(a) del proceso de inscripcion, recibira una notificacion por separado informandole la fecha de vigencia del plan de salud.

Le enviaremos por correo un formulario de renovacion de Medicaid antes del fin del mes posterior al sexagesimo dia (60) en que finaliza su embarazo. Ya sea usted o su representante tendran que rellenar y regresar el formulario de renovacion, como tambien someter la documentacion exigida con motivo de determinar si usted todavia habilita para recibir Medicaid inmediatamente que finalice su periodo vigente de habilitacion.

Favor de consultar la informacion sobre el Umbral de Utilizacion de Asistencia Medica que encontrara en la seccion de Asistencia Medica del folleto, "LDSS-4148B -SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales" En dicha seccion encontrara informacion sobre limites en los servicios. El folleto LDSS-4148B-SP se le entrego cuando usted solicito beneficios de asistencia.

Si sometio recibos de facturas medicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificara por separado de nuestra decision.

Conforme Reglamentacion 18 NYCRR 360-3.7(d), 360-4.7(b) y 360-4.8(a) y la Seccion 364-i de la Ley de Servicios Sociales.