

CNS Paragraph Form

Date: 08.08.2022

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **U0007**
Version Number **00002**
Effective Date **2022** **(YYMMDD)**
Title **Continue Payment for Medicare QMB**
Comment
Reason Code **C09**

We will continue Medicaid payment of Medicare premiums, deductibles and coinsurance for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

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

~\S

Nosotros continuaremos con la cobertura de la Medicaid para las primas del Medicare, los deducibles y los co-seguros para:

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

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

~\#