

**CNS Paragraph Form**

Date: 08.08.2022

**Program Area**           **03**           **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**  
**Paragraph Number**   **U0068**  
**Version Number**       **00002**  
**Effective Date**       **2022**     **(YYMMDD)**  
**Title**                   **Continue Payment of Medicare Part B QI**  
**Comment**  
**Reason Code**           **C23**

We will continue Medicaid payment of your Medicare Part B premium for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This decision is based on Social Services Law 367-a(3)(a).

~\S

Nosotros continuaremos con el pago de la Medicaid para cubrir su prima de la Parte B del Medicare para:

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

Esta decision se basa en la Ley de Servicios Sociales, Seccione 367-a(3)(a).

~\#