

CNS Paragraph Form

Date: 08.08.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0003	
Version Number	00003	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	Accept Medicare Buy-In Program (QMB's)	
Comment		
Reason Code	X54	

We have accepted your application dated _____ to have the Medicaid Program pay your Medicare premiums, deductibles and coinsurance effective _____ for:

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

You are responsible for premium, deductible and coinsurance bills incurred before the effective date listed above.

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

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

~\S

Nosotros hemos aceptado su solicitud fechada el _____ para que el Programa de Medicaid pague sus primas, las porciones deducibles y el coseguro de Medicare, a partir del _____ para:

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

Usted es responsable por el pago de sus primas, los deducibles y los gastos del coseguro incurridos antes de la fecha efectiva indicada arriba.

Por favor fijarse en la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 360-7.7(g).

\#