



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner  
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #04-137-OPE

### REVISION TO FORMS W-299G, W-299J AND W-299M

<b>Date:</b> August 6, 2004	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (<b>W-299G</b>)</li> <li>• Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (<b>W-299J</b>)</li> <li>• Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medical Bills or Dental Bills (<b>W-299M</b>)</li> </ul> <p>Each form was revised to include the “LLF” designation in the header to indicate that the form meets Local Law 73 requirements (mandating HRA to translate all City-generated documents that affect participant benefits).</p> <p>Additional changes to forms <b>W-299G</b> and <b>W-299J</b> are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The New York, NY telephone number of the Office of Administrative Hearings (OAH) of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) for applicants/participants to call for a Fair Hearing has been replaced by a toll-free telephone number, <b>(800) 342-3334</b>.</li> <li>• Applicants/participants can now request a Fair Hearing by completing an online request form at the Web site address of the Office of Administrative Hearings, indicated below:</li> </ul> <p><a href="http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp">http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp</a></p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or  
send an e-mail to *FIA Call Center*

- Information regarding the method of requesting a Fair Hearing was added: “If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.”
- The multilingual form indicator “MLF” was removed from the form headers as the forms are not required to be translated into eight additional languages under the Ramirez lawsuit.
- The regulations cited were updated from Social Service Law § 336(4)(q)(1) and § 336(4)(s) to Social Service Law § 366(4)(q)(1) and § 366(4)(s).
- Form header labels (face) and (reverse) were replaced with corresponding page numbers.

Additional changes to form **W-299M** are as follows:

- The form has been converted into separate English and Spanish versions (**W-299M** and **W-299M [S]**) from the original bilingual version.
- The mailing addresses of the Medical Assistance Program – Reimbursement Unit and the Home Care Services Program – Bureau of Home Care Operations were updated.

Samples of each revised form are attached.

*Effective Immediately*

**Attachments:**

- W-299G** Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Rev. 8/6/04)
- W-299G (S)** Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Spanish) (Rev. 8/6/04)
- W-299J** Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Rev. 8/6/04)
- W-299J (S)** Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age (Spanish) (8/6/04)

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- W-299M** Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medical Bills or Dental Bills (Rev. 8/6/04)
- W-299M (S)** Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medical Bills or Dental Bills (Spanish) (8/6/04)



Notice Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Worker Telephone Number: \_\_\_\_\_

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

### Notification of Continuing Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age

Fold Here

Fold Here

This notice is to provide you with important news about your child(ren) and Medicaid. As required by Social Service Law § 366(4)(q)(1) and § 366(4)(s), we reopened the Medicaid case for the child(ren) named below.

Name	Social Security Number	Effective Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**The above action affects the Medical Assistance case only.** There is no change to the status of the Cash Assistance case.

You can use your child(ren)'s Medicaid cards to help cover their medical expenses at any time. If you do not have the cards, call HRA's InfoLine at (877) HRA-8411. Your child(ren)'s Medicaid case will remain open until further notice.

We will reimburse you or anyone else for any medical payments made for the above-named child(ren) that would have been covered by the New York State Medicaid program during the time the Medicaid case was closed.

Read the enclosed form, "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills" (W-299M), for instructions on submitting medical bills. Include a copy of this notice with your medical bills. We have enclosed a postage-paid envelope for your convenience.

If you have any unpaid medical bills for your child(ren), inform your providers that they can bill Medicaid for the care.

If you have any questions about this notice, call the HRA InfoLine: (877) HRA-8411.

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure: "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills"  
(W-299M)

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on page 1 of this notice.

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for medical assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street Apt. # City State Zip Code

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso Sobre Cobertura Continua de Medicaid para Niños Menores de 19 Años de Edad

Pliegue  
Aquí

Pliegue  
Aquí

Por la presente deseamos informarle de una noticia importante sobre sus niños y Medicaid. Conforme a la Ley de Servicio Social § 366(4)(q)(1) y § 366(4)(s), hemos reabierto el caso de Medicaid para los niños listados a continuación.

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Vigencia

**La acción indicada anteriormente afecta solamente los casos de Asistencia Médica.** No hay cambios en los casos de Asistencias de Dinero en Efectivo.

Usted puede usar las tarjetas de Medicaid de sus niños en relación con la cobertura de gastos médicos de ellos en cualquier momento. Si usted no tiene las tarjetas, llame a la Línea de Información de la HRA al (877) 472-8411. El caso de Medicaid de sus niños se mantendrá abierto hasta nuevo aviso.

Nosotros le reembolsaremos a usted o a cualquier persona cualquier pago médico respecto a los antemencionados niños quienes hubieran sido cubiertos por el programa de Medicaid del Estado de Nueva York durante el período durante el cual el caso de Medicaid estuvo cerrado.

Para instrucciones sobre cómo someter cuentas médicas, lea el formulario adjunto: "Hoja de Datos para Presentación de Documentos de Reembolso de Cuentas de Medicaid o Dentales Pagadas" (W-299M [S]). Incluya una copia de este aviso con sus facturas médicas. Hemos incluido un sobre con el porte pagado para su conveniencia.

Si usted tiene cualquier factura médica de sus niños sin pagar, infórmele a sus proveedores de que pueden cobrarle el cuidado a Medicaid.

Ante cualquier duda sobre este aviso, llame a la Línea Informativa de la HRA: (877) 472-8411.

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Adjunta: "Hoja de Datos para Presentación de Documentos de Reembolso de Cuentas Saldadas de Medicaid o Dentales" (W-299M [S])

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn**; o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia médica.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:**

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Num. del Apto. Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Notice Date: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Caseload: \_\_\_\_\_

Worker Telephone Number: \_\_\_\_\_

FH&C Telephone Number: \_\_\_\_\_

## Notification of Regulation on Continuous Medicaid Coverage for Children Under 19 Years of Age

Fold Here

Fold Here

This notice is to provide you with important news about your child(ren) and Medicaid. Because of Social Service Law § 366(4)(q)(1) and 366(4)(s), your child(ren) may be eligible for continuous Medicaid coverage.

**The law may apply to your medical assistance case.** However, there is no change in the status of your public assistance case.

The law provides reimbursement to eligible individuals or anyone else who paid for an eligible individual's medical care, services or supplies that would have been covered by the New York State Medicaid program during the purchase time the Medicaid case was closed.

Read the enclosed form, "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills" (**W-299M**), for instructions on submitting medical bills. You may receive reimbursement at the Medicaid rate, which may be less than the amount you paid.

In order to determine your eligibility, please contact our office (see address listed above), and bring with you the following information:

**SAMPLE**

\_\_\_\_\_  
JOS/Worker

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.  
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION  
SECTION OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Enclosure: "Fact Sheet for Submission of Documentation for Reimbursement of Paid Medicaid Bills or Dental Bills" (**W-299M**)

## Conference and Fair Hearing Information

### CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

### STATE FAIR HEARING

**How to Ask for a Fair Hearing:** If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, in writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either **14 Boerum Place, Brooklyn** or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**What to Expect at a Fair Hearing:** The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number and/or address listed on page 1 of this notice.

### FAIR HEARING REQUEST

**Deadline:** If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for medical assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

**I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:**

Print Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street Apt. # City State Zip Code

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Fecha del Aviso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Unidad de Casos: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de Trabajador: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. de FH&C: \_\_\_\_\_

### Aviso de la Regla Respecto a Cobertura Continua de Medicaid para Niños Menores de 19 Años de Edad

Plegue  
Aquí

Plegue  
Aquí

Por el presente aviso le comunicamos la noticia importante respecto a su(s) niño(s) y Medicaid. A raíz de la Ley de Servicio de Asistencia Social (Social Service Law) § 366(4)(q)(1) y 366(4)(s), puede que su(s) niño(s) tengan derecho a cobertura continua de Medicaid.

**Puede que la ley en cuestión afecte su caso de asistencia médica.** Sin embargo, el estado de su caso de asistencia pública no ha cambiado.

La ley dispone reembolso para aquellas personas elegibles o para cualquier otra que le haya pagado a alguien elegible la atención, servicios, suministros médicos que hubieran sido cubiertos por el programa de Medicaid del Estado de Nueva York durante el período en que se incurrieron dichos gastos, mientras el caso de Medicaid estuvo cerrado.

Lea el formulario adjunto: "Hoja de Datos para la Presentación de Documentos Relativos al Reembolso de Cuentas Saldadas de Medicaid o Dentales" (**W-299M [S]**) para instrucciones sobre cómo presentar cuentas médicas. Puede ser que usted reciba reembolso conforme a la tasa de Medicaid, cantidad que podría ser inferior a la que usted ha pagado.

Para poder determinar si usted tiene derecho a esta cobertura continua para su(s) niño(s), favor de comunicarse con nuestra oficina (vea dirección más abajo), y de traer consigo los siguientes datos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES  
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Adjunto: "Hoja de Datos para la Presentación de Documentos Relativos al Reembolso de Cuentas Saldadas de Medicaid o Dentales" (**W-299M [S]**)

## Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

### CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

### AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

**Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial:** Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201**. (Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada a la Oficina de Audiencias Administrativas, Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn**; o **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**.
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

**Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial:** El Estado le enviará una notificación que le informa de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratis, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las páginas amarillas bajo "lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios al prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, estas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pide. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, como pedir una Audiencia Imparcial, como revisar su archivo o como obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la primera página de este aviso.

### PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**Fecha Límite:** Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia médica.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

**Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:**

Nombre en Letras de Molde: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Num. del Apto. Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## FACT SHEET FOR SUBMISSION OF DOCUMENTATION FOR REIMBURSEMENT OF PAID MEDICAL BILLS OR DENTAL BILLS

In order for the Medical Assistance Program to evaluate your reimbursement request for paid medical-related expenses, the following documentation is required:

1. All medical and dental bills – All paid medical and dental bills must be the originals (or photocopies of the front and back of checks) and include:
  - Patient's name, address, MA number or PA number and Social Security number
  - Diagnosis for which service was rendered
  - Date of each medical or dental service
  - Cost of each medical or dental service
  - A detailed description of each medical or dental service rendered
  - Provider's, physician's or dentist's name, address, and telephone number
  - Proof of payment for each medical or dental service and an explanation why payment was not made through Medicaid
  - If you have Medicare or other health insurance, a statement from the insurer that lists the amount reimbursed or that the bill has been disallowed

NOTE: If the service was for anesthesiology or psychiatry, the number of minutes of treatment must be shown. If the service was for therapy, the length of the session and whether it was individual or group is to be indicated. For nursing services, include the level of care – RN or LPN, license number(s), and the number of hours/days per week.

In addition, all paid dental bills must include:

- Type and number of radiographs
- Design and materials utilized
- Root canal therapy: tooth involved, number of canals filled
- Fillings: amalgam or composite, tooth involved, number of surfaces
- A detailed description of the procedure if the service rendered presented a special problem

2. Medicaid-reimbursable drug or appliance bills – All paid Medicaid-reimbursable drug and appliance bills must include:

- Patient's name, date of birth, address, MA or PA number and Social Security number
- Name, address, and telephone number of the ordering physician or dentist
- Date of the purchase
- Name of the drug, medication or appliance
- Manufacturer's name
- Quantity or count prescribed
- Strength or dosage
- Cost of the prescription or appliance
- Proof of payment for each prescription or appliance and an explanation why payment was not made through Medicaid
- If you have Medicare or other health insurance, a statement from the insurer that lists the amount reimbursed or that the bill has been disallowed

Mail the documentation to the Medical Assistance Program, Reimbursement Unit, 330 W. 34th Street, 9th Floor, New York, NY 10001. Be sure to include your Medicaid Client Identification Number (CIN) or Social Security number and an explanation of why Medicaid was not used. **Keep copies of all materials you send.**

If there are any questions, call (212) 643-3386.

**REMINDER:** If you are in receipt of Home Care Services (except private duty nursing), mail documentation to Home Care Services Program, Bureau of Home Care Operations, 309 East 94th Street, New York, NY 10128.



## HOJA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS RELATIVOS AL REEMBOLSO DE CUENTAS SALDADAS DE MÉDICAS O DENTALES

Los siguientes documentos se necesitan para que el Plan de Asistencia Médica evalúe su solicitud de pagos relativos a gastos médicos:

1. Todas las cuentas médicas y dentales – Todas las cuentas médicas o dentales deben ser las originales (o fotocopias de ambos lados de los cheques) y deben incluir:
  - El nombre, dirección, número de MA o PA y número de Seguro Social del paciente
  - Diagnóstico por el cual se realizó la consulta
  - Fecha de cada consulta médica o dental
  - Costo de cada consulta médica o dental
  - Descripción detallada de la consulta médica o dental que se realizó
  - El nombre, dirección y teléfono del médico o dentista
  - Comprobante de pago para cada servicio médico o dental y una explicación de por qué el pago no se hizo mediante Medicaid
  - Si usted tiene Medicare u otro tipo de seguro de salud, una declaración del asegurador que indique la cantidad reembolsada o que la cuenta a sido rechazada o LPN, número de licencia(s), y el número de horas/días por semana o que la cuenta ha sido rechazada

NOTA: Si el servicio fue por anestesia o siquiatria, se debe indicar el número de minutos del tratamiento. Si la consulta fue para terapia, se debe indicar la duración de la sesión, y señalar si fue individual o en grupo. Para atención de enfermería, incluya el nivel de cuidado – RN o LPN, número de licencia(s), y el número de horas/días por semana.

Además, todas las cuentas dentales deben incluir:

- El tipo y número de radiografías
  - El esquema y los materiales utilizados
  - Para terapia de canal radicular: el diente en cuestión y el número de canales empastados
  - Empaste: amalgama o compuesto, el diente en cuestión, y el número de superficies
  - Descripción detallada del procedimiento, si los servicios prestados presentaron problemas especiales
2. Cuentas de medicamentos o dispositivos reembolsables por Medicaid – Todas las cuentas saldadas reembolsables por Medicaid de medicamentos y dispositivos deben incluir:
    - El nombre, fecha de nacimiento, dirección, número MA o PA, y número de Seguro Social del paciente
    - El nombre, dirección y teléfono del médico o dentista que realizó el pedido
    - La fecha de la compra
    - El nombre del medicamento o dispositivo
    - El nombre del fabricante
    - Cantidad recetada
    - Concentración o dosis
    - Costo de la receta o dispositivo
    - Comprobante de pago para cada receta o dispositivo y una explicación de por qué el pago no se hizo mediante Medicaid
    - Si tiene Medicare u otro seguro de salud, una declaración del asegurador que indique la cantidad reembolsada o que la cuenta ha sido rechazada

Envíe la documentación por correo a Medical Assistance Program, Reimbursement Unit, 330 W. 34th Street, 9th Floor, New York, NY 10001. Asegúrese de incluir su Número de Identificación de Cliente de Medicaid (Client Identification Number – CIN) o su número de Seguro Social y una explicación de por qué no se recurrió a Medicaid. **Quédese con copias de todos los materiales que envíe.**

Ante cualquier duda, llame al (212) 643-3386.

**RECORDATORIO:** Si usted recibe Servicios de Cuidado a Domicilio (excepto enfermera particular), la documentación debe ser enviada por correo a Home Care Service Program, Bureau of Home Care Operations, 309 East 94th Street, New York, NY 10128.