LIS Client Inquiry Screens

```
ILIS          **   LIS CLIENT INQUIRY REQUEST   **         OPR - 06/03/09
                                                                 11:02:33




CLIENT IDENTIFICATION:

_________________

PLEASE ENTER SOCIAL SECURITY NUMBER AND PRESS <ENTER>.
```

```
LIS1             ** LIS INQUIRY - CLIENT DATA **           OPR - mm/dd/yy
                                                                 hh:mm:ss

MEDS-ID xxx-xx-xxxx   NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx
CIN xxxxxxxxx x       BIRTHDATE mm-dd-yyyy           DOB-VER x      SSN-VER x
HIC-NO xxxxxxxxxxxx   BIC-ISSUE xx-xx-xxxx           PAPER-ISSUE xx-xx-xxxx



APPLICATION-DATE  xx-xx-xxxx                     APPLICATION-COMPLETED x

COUNTY-REFERAL-DATE  xx-xx-xxxx                  HOUSEHOLD-SIZE  xx

SPOUSE-SSN xxx-xx-xxxx                       SPOUSE-HIC-NO xxxxxxxxxxx
SPOUSE-NAME xxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxx
SPOUSE-BIRTHDATE  xx-xx-xxxx


BURIAL/FUNERAL-EXPENSES xxxx             SPOUSE-BURIAL/FUNERAL-EXPENSES xxxx


OPTION __  F8=FORWARD; ENTER=RETURN
```

```
     LIS2          ** LIS INQUIRY – CLIENT INFORMATION **      OPR - mm/dd/yy
                                                                 hh:mm:ss

 MEDS-ID xxx-xx-xxxx   NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx

 CLIENT-NAME xxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxx
 BIRTHDATE  xx-xx-xxxx  GENDER  x
 HIC-NO xxxxxxxxxxx



 MAILING ADDRESS:

 FIRST-LINE-OF-ADDRESS   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx     PHONE (xxx) xxx-xxxx
 SECOND-LINE-OF-ADDRESS  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 THIRD-LINE-OF-ADDRESS   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 FOURTH-LINE-OF-ADDRESS  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 CITY  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  STATE xx  ZIP + 4  xxxxx - xxxx



  OPTION __  F7=BACK; F8=FORWARD; ENTER=ILIS
```

```
     LIS3     ** LIS INQUIRY - CLIENT ADDRESS DATA FROM MEDS **  OPR - mm/dd/yy
                                                                  hh:mm:ss
 MEDS-ID xxx-xx-xxxx    NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx

CURRENT RESIDENCE ADDRESS:
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx         HOME (xxx) xxx-xxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx         WORK (xxx) xxx-xxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx    FLAG x         OTHR (xxx) xxx-xxxx
    RESID-IND x   RESIDENCE-COUNTY xx
PENDING RESIDENCE ADDRESS:
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx         HOME (xxx) xxx-xxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx         WORK (xxx) xxx-xxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx    FLAG x         OTHR (xxx) xxx-xxxx
    RESID-IND x   RESIDENCE-COUNTY xx
CURRENT MAILING ADDRESS:
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx    FLAG x
PENDING MAILING ADDRESS:
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx    FLAG x

OPTION __  F7=BACK; F8=FORWARD; ENTER=ILIS
```

```
     LIS4       ** LIS INQUIRY - CLIENT INCOME/RESOURCES **      OPR - mm/dd/yy
                                                                   hh:mm:ss


 MEDS-ID xxx-xx-xxxx   NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx

------------------------------- EARNED-INCOME ---------------------------------
  WAGES                   NET EARNINGS-SE            NET LOSS-SE
 xxxxx.xx                    xxxxx.xx                  xxxxx.xx


--------------------------- INCOME NOT FROM WORK -----------------------------
 SOCIAL SECURITY  VETERANS AFFAIRS    PENSIONS or      RAILROAD     OTHER INCOME
    BENEFITS         BENEFITS          ANNUITIES       BENEFITS
    xxxxx.xx         xxxxx.xx          xxxxx.xx        xxxxx.xx       xxxxx.xx


------------------------------- RESOURCES----------------------------------
BANK ACCOUNTS    STOCKS, BONDS,          CASH        VALUE OF REAL ESTATE OTHER
               OTHER INVESTMENTS                          THAN BENE'S HOME
  xxxxx.xx        xxxxx.xx             xxxxx.xx                xxxxx.xx


 OPTION __  F7=BACK; F8=FORWARD; ENTER=ILIS
```

```
     LIS5        ** LIS INQUIRY - CLIENT STATUS DATA **          OPR - mm/dd/yy
                                                                   hh:mm:ss

MEDS-ID xxx-xx-xxxx    NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx

SUBSIDY-APPROVED x                 SUBSIDY-APPROVAL/DISAPPROVAL-DATE xx-xx-xxxx

SUBSIDY-EFFECTIVE-DATE xx-xx-xxxx         LEVEL-OF-RESOURCES  xxxxxxxxxxxxxxxx

INCOME-USED-FOR-DETERMINATION xxx               INCOME-AS-PERCENTAGE-OF-FPL xxx


PREMIUM-SUBSIDY-PERCENTAGE-OF-AWARD xxx
DENIAL-REASON-CODE-1  xxx       DESCRIPTION   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
DENIAL-REASON-CODE-2  xxx       DESCRIPTION   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
DENIAL-REASON-CODE-3  xxx       DESCRIPTION   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
DENIAL-REASON-CODE-4  xxx       DESCRIPTION   xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx





 OPTION __  F7=BACK; F8=FORWARD; ENTER=ILIS
```

Note: See Enclosure 4 for a list of codes and descriptions for the Denial-Reason-Code.

```
     LIS6        ** LIS INQUIRY - MULTIPLE APPLICATIONS **       OPR - mm/dd/yy
                                                                       hh:mm:ss

MEDS-ID xxx-xx-xxxx    NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx




LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
LIS-APPLICATION-DATE xx-xx-xxxx    COUNTY-NAME     xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx




 OPTION __  F7=BACK; F8=FORWARD; ENTER=ILIS
```

```
     LIS7        ** LIS INQUIRY - CLIENT DATA FROM MEDS **     OPR - mm/dd/yy
                                                                       hh:mm:ss

 MEDS-ID xxx-xx-xxxx   NAME xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx
 CIN xxxxxxxxx x      BIRTHDATE mm-dd-yyyy   DOB-VER x      SSN-VER x
 HIC-NO xxxxxxxxxxxx  BIC-ISSUE xx-xx-xxxx   PAPER-ISSUE xx-xx-xxxx

 DEATH-DATE mm-dd-yyyy       DEATH-SOURCE x      DEATH-POSTED mm-dd-yyyy
 SSI-LAST-RECEIVED xx-xxxx   PICKLE-TICKLER xx   LAST-PICKLE-CHG mm-dd-yyyy

 SSN-VER-BIRTHDATE mm-dd-yyyy  LANG: SPOKEN x WRITTEN x   ETHNIC x
 CITIZENSHIP-DOC: TYPE xx  NUMBER xxxxxxxxxxxxxxx  SOURCE xx  DATE mm-dd-yyyy
 IDENTITY-DOC:    TYPE xx  NUMBER xxxxxxxxxxxxxxx  SOURCE xx  DATE mm-dd-yyyy
 BIRTHPLACE xx:xx:xx  INS-ENTRY-DATE mm-yyyy       COUNTRY-OF-ORIGIN xx
 CITIZEN/ALIEN-IND x  ALIEN-ELIG x  ALIEN-SPONSOR-STAT x  ALIEN-NO xxxxxxxxx

 CURRENT         xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx
 AUTHORIZED      xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 REPRESENTATIVE: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
                 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx   FLAG A

 TITLE-II-CLAIM-NUMBERS: xxxxxxxxxxxx   xxxxxxxxxxxx   xxxxxxxxxxxx

 OPTION __  F8=FORWARD; ENTER=RETURN
```

IMPORTANT INFORMATION ON MEDI-CAL AND MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

The Social Security Administration sent information from your application for Extra Help with prescription drug costs (Low Income Subsidy-LIS-for Part D drug coverage) to the county to see if you are eligible for a Medicare Savings Program (MSP). The MSP programs are intended to assist low-income Medicare beneficiaries with out-of-pocket Medicare expenses such as premiums and sometimes co-payments and deductibles.

The MSP programs include: Qualified Medicare Beneficiary (QMB); Specified Low Income Beneficiary (SLMB); and Qualified Individual 1 (QI1). The resource limits for the MSP programs are the same as the resource limits for the LIS Extra Help program. If you are eligible for an MSP, you can get assistance with some out-of-pocket expenses not covered by Medicare. These expenses include all or some of your Medicare premiums, and in certain cases, deductibles or co-insurance amounts. Each of the programs under the MSP has a different level of coverage for benefits, Medicare premiums and/or co-insurance payments.

In addition to seeing if you are eligible for any of the MSPs, the county will also see if you are eligible for Medi-Cal (the Medicaid program in California). Medi-Cal pays for medical expenses for low-income individuals.

If you want the county to see if you are eligible for Medi-Cal or an MSP, please complete the attached supplemental questions and return the form to the county.

If you do **not** want the county to check if you are eligible for Medi-Cal or the MSP programs, please check one or both of the boxes below and return it to your local county Social Services office.

NOTE:

If the county is unable to determine your eligibility using the information available from Social Security, the county will contact you to let you know what information is needed to see if you are eligible. Once the county sees if you are eligible for Medi-Cal and/or an MSP, the county will send a notice to you.

If you have any questions about:

- Medi-Cal - call your local county Social Services office.
  Medicare - call 1-800-MEDICARE

□ I **DO NOT** want the county to see if I am eligible for Medi-Cal □ I **DO NOT** want the county to see if I am eligible for any of the MSP programs

_____ _____

Signature **Date**

ESTATE RECOVERY

If you are 55 or older or in a skilled nursing facility the State may recover from your estate the cost of Medi-Cal services provided to you. Effective January 1, 2010, there are new estate recovery rules for individuals that are found eligible for MSP only or eligible for Medi-Cal and MSP.

In general, effective January 1, 2010, many services paid by Medi-Cal and Medicare will continue to be exempt from estate recovery. There is no estate recovery for Medicare Part A or Part B premium payments and/or co-insurance and deductible amounts paid because someone is eligible for an MSP. However, some Medi-Cal services will continue to be subject to estate recovery rules, such as:

- Long term care (after any Medicare paid days are exhausted);
- Non-emergency medical transportation; and
- Services with specified coverage limitations that exceed the amount Medicare will pay.

If you have had any of the services listed above, **you may not** be exempt from estate recovery.

INFORMACIÒN IMPORTANTE SOBRE MEDI-CAL Y EL PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE

La administración de Seguro Social (Social Security Administration) envió información de su solicitud para la Ayuda Adicional con los gastos de medicamentos recetados (Low Income Subsidy-LIS for Part D drug coverage) al condado para verificar si usted es elegible para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program -MSP). Los programas de MSP son para asistir a los beneficiarios de Medicare con un ingreso bajo y con gastos de Medicare tales como primas y a veces co-pagos y deducibles.

Los programas de MSP incluyen: El Programa para Beneficiarios con Derecho a Medicare (Qualified Medicare Beneficary-QMB); Beneficiarios Específicos de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low Income Beneficiary-SLMB); e Individuos que Reúnen los Requisitos 1 (Qualified Individual 1-QI1). Los límites de recursos para los programas de MSP son iguales que los límites de recursos para el programa LIS de Ayuda Adicional. Si usted es elegible para un MSP, usted puede obtener ayuda con algunos gastos de Medicare. Estos gastos incluyen todos o algunas de sus primas de Medicare, y en ciertos casos, deducibles o las cantidades de un co-seguro. Cada uno de los programas bajo el MSP tiene un nivel diferente de cobertura para los beneficios, las primas de Medicare y/o los pagos del co-seguro.

Además si usted es elegible para uno de los MSP, el condado también verificará si usted es elegible para Medi-Cal (el programa de Medicaid en California). Medi-Cal paga los gastos médicos de personas con ingresos bajos.

Si usted quiere que el condado verifique si usted es elegible para Medi-Cal o un MSP, por favor llene las preguntas suplementales en la página adjunta y devuélvala al condado.

Si usted no quiere que el condado verifique si usted es elegible para Medi-Cal o para los programas de MSP, por favor marque una o ambos casillas debajo y devuélvala a la oficina local de Servicios Sociales de su condado.

□ **YO NO QUIERO** que el condado verifique si soy elegible para Medi-Cal
□ **YO NO QUIERO** que el condado verifique si soy elegible para los programas de MSP

_____ _____
Firma **Fiche**

NOTA:

Si el condado no puede determinar su elegibilidad usando la información disponible del Seguro Social, el condado le contactará para dejarle saber qué información es necesaria para verificar si usted es elegible. Una vez que el condado verifique si usted es elegible para Medi-Cal y/o para MSP, el condado le enviará una notificación.

Si usted tiene cualquier pregunta tocante ha:

- Medi-Cal- llame a la oficina local de Servicios Sociales de su condado.
- Medicare- llame al 1-800-MEDICARE.

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO SUCESORIO

Si usted tiene 55 años de edad o más o se encuentra en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso es posible que el Estado pueda recuperar los gastos de los servicios de Medi-Cal proporcionados a usted. Comenzando el 1 de enero de 2010, hay nuevas reglas de la recuperación del patrimonio sucesorio para los individuos que son elegibles para MSP solamente o elegibles para Medi-Cal y MSP.

Generalmente, comenzando el 1 de enero de 2010, muchos de los servicios pagados por Medi-Cal y Medicare continuarán estando exentos a la recuperación del patrimonio sucesorio. No hay recuperación del patrimonio sucesorio para los pagos de primas Part A o Part B y/o co-seguro y de las cantidades de los deducibles pagados por alguien elegible para MSP. Sin embargo, algunos servicios de Medi-Cal continuarán sujetos a reglas de la recuperación del patrimonio sucesorio, por ejemplo:

• Cuidado de largo plazo (después de que se terminen cualquiera de los días pagados por Medicare);
• Transportación médica de no-emergencia; y
• Los servicios con las limitaciones especificadas de la cobertura que exceden la cantidad que Medicare pagará.

Si usted ha tenido cualquiera de los servicios mencionados arriba, es posible que **usted no pueda estar** exento a la recuperación del patrimonio sucesorio.

Case Name: _____

Case Number: _____

SUPPLEMENTAL QUESTIONS FOR MEDI-CAL/MEDICARE SAVINGS PROGRAM APPLICATION

If you want the county to see if you are eligible for a Medicare Savings Program such as Qualified Medicare Beneficiary (QMB), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB), or Qualifying Individual 1 (QI 1), answer the questions in the first part. If you want the county to see if you can get regular Medi-Cal answer all the questions. After you are done, return this form to the county in the pre-addressed, postage paid envelope provided or to the address on your letter.

1. Did you have medical expenses in the three months before you applied for Low Income Subsidy/Extra Help with the Social Security Administration that you want Medi-Cal/SLMB/QI 1 coverage for (medical expenses include payment of Medicare premiums-there is no retroactive coverage for QMB)? ☐ Yes ☐ No
List the months for which you want coverage. Months:

2. List all persons other than your spouse living in your household. If you have more than three persons living with you, you may list them on a separate page.

Name	Date of Birth	Relationship to You

3. Do you have a second car? ☐ Yes ☐ No
Provide an estimate of value from a reliable source: $
What is the amount you owe on the car: $
One car ***does not*** count. If you own more than a second vehicle list them on a separate page.

4. What is the cash surrender value of life insurance policies if the face value of ***all*** policies combined exceeds $1,500 (Do not include "term" insurance policies) $

5. Do you or a family member pay anything for:
Rent ☐ Yes ☐ No; Utilities☐ Yes ☐ No; Food☐ Yes ☐ No; Clothing ☐ Yes ☐ No
a. If no, who?

b. What was free?
c. Was the free rent, utilities, food, or clothing received in exchange for work done?
☐ Yes ☐ No

If you want Medi-Cal answer the following questions.
1. Does anyone in the home get inpatient care in a nursing facility or medical institution?
☐ Yes ☐ No If yes, who?
2. Is anyone in the home pregnant? ☐ Yes ☐ No
a. If yes, who? b. Number of babies?
b. c. Expected date of delivery:
3. Do you or any family member have health, dental, vision, or Medicare coverage or insurance? ☐ Yes ☐ No
a. If yes, who? b. Which type of coverage/insurance?
4. Do you or any family member in the home pay health insurance or Medicare premiums? ☐ Yes ☐ No
a. If yes, who? b. Amount? c. How often (weekly, monthly, twice a month)?

Attach proof of the amount of the premiums you pay.

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

PREGUNTAS SUPLEMENTALES PARA LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE AHORROS DE MEDI-CAL/MEDICARE

Si usted quiere que el condado verifique si usted es elegible para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program) tal como el Programa para Beneficiarios con Derecho a Medicare (Qualified Medicare Beneficary-QMB); Beneficiarios Específicos de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low Income Beneficiary-SLMB); o Individuos que Reúnen los Requisitos 1 (Qualified Individual1-QI1) conteste las preguntas en la primera parte. Si usted quiere que el condado verifique si usted puede obtener Medi-Cal regular, conteste todas las preguntas. Después de llenar la forma, devuélvala al condado en el sobre con en domicilio incluido, franqueo proporcionado o a la dirección que aparece en la carta que recibió.

1. ¿Usted tiene gastos médicos en los tres meses antes de que usted solicitó para el Subsidio de Bajo Ingreso/Ayuda Adicional con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) para la cual usted desea la cobertura de Medi-Cal/SLMB/QI 1 (gastos médicos incluyen el pago de las primas de Medicare-no hay ninguna cobertura retroactiva para QMB)?

Escriba los meses para los cuales usted quiere cobertura. Meses:

2. Escriba los nombres de todas las personas con excepción de su esposo/a que vive en su hogar. Si usted tiene más de tres personas viviendo con usted, usted puede escribir los nombres en una página separada.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con Usted

3. ¿Usted tiene un segundo coche? □ Sí □ No
Sobre una fuente fiable proporcione una estimación del valor: $
¿Cuál es la cantidad que usted debe en el coche?: $
Un solo coche **no cuenta**. Si usted tiene más que un segundo coche escríbalos en una página separada.
4. ¿Cuál es el valor de entrega en efectivo de la póliza de seguro de vida si el valor nominal de **todas** las pólizas combinadas excede $1.500? (no incluya las pólizas de seguro con "plazo") $
5. ¿Usted o un miembro de la familia pagan por cualesquiera de lo siguiente?:
□ Alquiler □ Utilidades □ Alimento □ Ropa □ Sí □ No
a. Si no, ¿quien? b. ¿Que fue gratis?
c. ¿El alquiler, las utilidades, el alimento, o la ropa fueron recibidas a cambio de trabajo?
□ Sí □ No
Si usted quiere Medi-Cal conteste las siguientes preguntas:
1. ¿Cualquier persona en el hogar recibe cuidado hospitalizado en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso?
□ Si □ No Si contesto sí, ¿Quién?
2. ¿Cualquier persona en el hogar está embarazada? □ Si □ No
a. Si contesto sí, ¿Quién? b. ¿Cuántos bebés? c. Fecha de parto:

3. ¿Usted o un miembro de la familia tiene cobertura de salud, dental, visión, o Medicare o un seguro?
□ Sí □ No
a. Si contesto sí, ¿Quién? b. ¿Qué tipo de cobertura/de seguro?

4. ¿Usted o un miembro de la familia en el hogar paga seguro médico o primas de Medicare?
□ Sí □ No

Si contesto sí, ¿quién? b. ¿Cantidad? c. ¿Cuantas veces (semanal, mensual, dos veces al mes)?

Incluya la prueba de

Enclosure 4

Basis for Medicare Part D Subsidy Denial (Reason and Description)
Four Entries Possible

Denial Reason Code	Description	Further Explanation
NAB	Not a A/B Medicare Bene	Beneficiary not eligible for either Medicare Parts A or B.
FTC	Failure to Cooperate	N/A
RES	Resources	N/A
INC	Income	N/A