



Form 2065-A, Attachment A

SAS Code	Handbook Reference	Denial Statement
01	Appendix IX	We are unable to locate you. OR You have moved out of our service area. No lo podemos localizar. OR Usted se mudó fuera del área donde ofrecemos servicios.
03	3120	You have moved to a nursing facility. Usted se mudó a un centro para convalecientes.
04		Hospital stay exceeds 90 days. La estancia en el hospital sobrepasa los 90 días.
05 <i>May use code 05 for transfers from CCAD or use code 23.</i>	3120	You have voluntarily withdrawn your request for services. Usted retiró voluntariamente su solicitud de servicios.
06	3441, 4632	Your Medicaid has been denied. Se le negó el Medicaid.
07	2840	You or someone in your home has threatened the health or safety of others. Usted o alguien de su casa puso en peligro la salud o la seguridad de los demás.
10	3310	Your income exceeds the eligibility limit. Sus ingresos sobrepasan el límite de elegibilidad.
	3420, 3430	Note: For denial after the 30 day presumptive eligibility period, use: You do not meet financial eligibility requirements. Usted no satisface los requisitos económicos de elegibilidad.
11	3210	Your total resources exceed the eligibility limit. El total de sus recursos sobrepasa el límite de elegibilidad.
	3420, 3430	Note: For denial after the 30 day presumptive eligibility period, use: You do not meet financial eligibility requirements. Usted no satisface los requisitos económicos de elegibilidad.
12 <i>Use code 12 for apps. Use 24 for ongoing cases.</i>	2431 App XVII	You do not meet functional eligibility requirements. Usted no satisface los requisitos de elegibilidad funcional.
13	Initial-2433 Redetermination-2664	You have no unmet need for services we provide. Usted no tiene ninguna necesidad que nuestros servicios puedan satisfacer.
	FC-4420 PHC-4633	You require less than six hours of service. Usted necesita menos de seis horas de servicio.
14	PHC-4634 DAHS-4222	You do not meet the medical need requirement. Usted no satisface el requisito de necesidad médica.
15	4312.1	You have failed to follow ERS service requirements. Usted no cumplió los requisitos de servicio de ERS.
16	3420	You failed to provide the necessary information. Usted no presentó la información necesaria.
17	2830	You did not follow the service plan. Usted no siguió el plan de servicios.
20	Residential Care-4774.1 AFC-2811	You refused to pay your share of the cost of care. Usted se negó a pagar la parte del costo de los servicios que le tocaba pagar.
23	2814	Your care will not be provided through (name of provider agency) Usted no recibirá servicios por medio de. (name of provider agency).
23	PHC to FC and FC to PHC-2814	You have been transferred to another service. Usted ha sido transferido a otro servicio.

SAS Code	Handbook Reference	Denial Statement
24 <i>Use code 24 for ongoing. Use code 12 for apps.</i>	FC-4420 PHC-4633 and App XVII	You do not meet functional eligibility requirements. Usted no satisface los requisitos de elegibilidad funcional.
25	App IX	Funds for purchased services are not available. No hay fondos para pagar los servicios contratados.
26	2822	Individual withdrew due to dissatisfaction of quality. La persona canceló los servicios pues no estaba satisfecho con la calidad.
27	2822	Individual withdrew due to dissatisfaction of quantity. La persona canceló los servicios pues no estaba satisfecho con la cantidad.
34	6430 (STAR+PLUS)	You have transferred to a managed care service area. Usted se ha mudado a un área de servicio donde hay atención médica administrada
39	Use appropriate handbook references.	Use this code for other circumstances that are not covered by another denial code. Specifically state the reason for denial based on the rule or handbook reference.