

# Recertificación

## Medicaid de cáncer de mama y cuello uterino

### SOLICITUD PARA CONTINUAR LA ELEGIBILIDAD DE BCCM

Se requiere una recertificación para la cobertura de BCCM más allá del período de aprobación original, o tratamiento más allá de 12 meses. Se debe realizar una detección rutinaria de mama y/o de detección cervical a través del proveedor de BCCCP.

**Coordinador de BCCCP: Marcar (✓) SI usted está verificando la elegibilidad del paciente para BCCM**

Sí

Este paciente cumple con los requisitos de elegibilidad para el Programa de Control del Cáncer de Mama y Cervical (BCCCP). El paciente ha recibido pruebas de detección y/o diagnóstico por el NC BCCCP.  
 Diagnosticado en NC BCCCP         Diagnosticado fuera de NC BCCCP

Si marca SI, requiere que este formulario sea completado por el médico de diagnóstico o tratamiento.

<b>Nombre de la Clínica Médica responsable del diagnóstico y plan de tratamiento:</b>		<b>Tel:</b> (      )
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Nació (fecha):</b> / /	<b>SSN:</b> - -
<b>Dirección del paciente:</b>	<b>CNDS/MID:</b>	
	<b>Fecha de Diagnóstico Original:</b> / /	
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Etapa:</b> (si se conoce)	
<b>Plan de continuación de tratamiento:</b> Indique la fecha estimada o el número de semanas o meses hasta que el tratamiento termine en el espacio que se proporciona a continuación.		
<b>El tratamiento anterior comenzó/comenzará en: (fecha)</b>		
<b>Y continuara por:</b>		

**Firma del Médico**

**Fecha**

<b>Condado de Residencia del Paciente:</b>	<b>Proveedor BCCCP:</b>	
<b>Coordinador del BCCCP:</b>	<b>Teléfono:</b>	
<b>Representante de DSS:</b>	<b>Fecha:</b>	
<b>Teléfono DSS:</b>	<b>FAX DSS:</b>	
<b>Determinación</b>	<b>Fecha de determinación</b>	<b>Firma de Enfermera Consultora</b>
<input type="checkbox"/> <b>Aprobado por ____ meses</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Negado - Razón:</b>		

ESTO ES UN AGREGADO REQUERIDO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAID DE CANCER DE MAMA Y CERVICAL (BCCM)