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.

Nombre de la Clínica Médica responsable del diagnóstico y plan de tratamiento:		Tel: ()
---	--	-----------------------

Nombre del paciente:	Nació (fecha): / /	SSN: - -
-----------------------------	------------------------------	-----------------

Dirección del paciente:	CNDS/MID:
--------------------------------	------------------

	Fecha de Diagnóstico Original: / /
--	--

Diagnóstico:	Etapa: (si se conoce)
---------------------	------------------------------

Plan de continuación de tratamiento: Indique la fecha estimada o el número de semanas o meses hasta que el tratamiento termine en el espacio que se proporciona a continuación.

El tratamiento anterior comenzó/comenzará en: (fecha)

Y continuara por:

Firma del Médico

Fecha

Condado de Residencia del Paciente:	Proveedor BCCCP:
Coordinador del BCCCP:	Teléfono:
Representante de DSS:	Fecha:
Teléfono DSS:	FAX DSS:

Determinación	Fecha de determinación	Firma de Enfermera Consultora
☐ Aprobado por ____ meses		
☐ Negado - Razón:		

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