

Programa de prevención y tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino

RENOVACIÓN



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Programa de prevención y tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino

Instrucciones para llenar el formulario PA 600 BR Formulario de renovación

PARTE I- PARA LA SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE

Escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o a MÁQUINA: Su nombre, fecha de nacimiento, Número de Seguro Social, dirección y número de teléfono.

RESPONDA a la pregunta sobre seguro médico.

LEA Y FIRME la parte de Derechos y Obligaciones.

PARTE II -- PARA EL MÉDICO, CLÍNICA U HOSPITAL (PROVEEDOR)

TRATAMIENTO CONTINUO REQUERIDO PARA: Marque la casilla apropiada para indicar la afección de la solicitante que requiere tratamiento continuo.

PERÍODO ADICIONAL DE ELEGIBILIDAD SOLICITADO: Marque la casilla apropiada para indicar la extensión de elegibilidad solicitada. La elegibilidad solicitada debe basarse en la duración anticipada del tratamiento, sin exceder 12 meses.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Marque las casillas para indicar que toda la documentación requerida está incluida en el paquete.

NOTA: El médico evaluador considerará el tratamiento para cáncer de mama o de cuello uterino, según la definición, para autorizar o negar períodos de elegibilidad adicionales.

NOMBRE DEL PROVEEDOR: Anote el nombre del proveedor que proporciona atención médica a la beneficiaria.

NÚMERO M.A.I.D. DEL PROVEEDOR: Si es un proveedor que participa en el programa de Asistencia Médica, anote el número de identificación de siete dígitos de proveedor de Asistencia Médica que se le asignó. Si el proveedor no es un proveedor de Asistencia Médica, deje el espacio en blanco.

TELÉFONO: Anote el número de teléfono del consultorio en el que atiende a la solicitante.

DIRECCIÓN - CALLE, CIUDAD, ESTADO: Anote la dirección del consultorio en el que atiende a la solicitante.

FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR Y FECHA: Firma del proveedor que proporciona atención médica a la solicitante y fecha en que llenó este formulario.

NOTA: Esta firma es confirmación de que toda la información indicada en la Parte II está completa y es verídica.

El proveedor debe enviar este formulario de renovación por fax (717-265-8292) o por correo a la oficina de los programas de asistencia médica a: Department of Human Services, Office of Medical Assistance Programs, Division of Medical Review/BCCPT, PO Box 8050, Harrisburg, PA 17105.

PARTE III- PARA LA OMAP (MÉDICO REVISOR)

PARTE IV – PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

Commonwealth of Pennsylvania
Departamento de Servicios Humanos
Programa de prevención y tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino
RENOVACIÓN

NO. CONDADO	NO. REGISTRO	CATEGORÍA	N.º LÍNEA
-------------	--------------	-----------	-----------

PARTE I. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

SU NOMBRE - apellido, nombre, inicial del segundo nombre		FECHA DE NACIMIENTO	NO. SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		TELÉFONO ()	

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN

SÍ NO ¿TIENE SEGURO MÉDICO? SI ES AFIRMATIVO, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre de la aseguradora:	NO. PÓLIZA	NO. GRUPO
---------------------------	------------	-----------

DERECHOS Y OBLIGACIONES

- Entiendo que la información de este formulario se mantendrá confidencial.
- Autorizo la revelación de información personal, financiera y médica para determinar si reúno los requisitos de elegibilidad y para el programa de Medicaid.
- Entiendo que el Estado podrá obtener información sobre mis circunstancias de otras fuentes, incluso por computadora y los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU., salvo en el caso de las personas que soliciten únicamente Asistencia Médica para emergencia.
- Entiendo que si hay algún cambio en mi situación que pudiera afectar mi elegibilidad, debo reportar el cambio a la Oficina de Asistencia del Condado en un plazo de una semana.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy conforme con una decisión que se tome referente a esta solicitud.
- Entiendo que todas las solicitantes/beneficiarias de Medicaid deben proporcionar su número de seguro social. El número de seguro social podría sea utilizado para verificar la información proporcionada en esta solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura aceptable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan las situaciones en que se puede negar o limitar la cobertura médica debido a enfermedades previas. Si me inscribo en un plan grupal que permite las enfermedades previas, es posible que reciba un crédito por el tiempo que recibí Medicaid.
- Yo declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información incluida en esta solicitud es verídica.
- Yo declaro que entiendo mis derechos y obligaciones.

FIRMA DE LA SOLICITANTE

FECHA

INFORMACIÓN ADICIONAL: _____

Llévele este formulario a su médico o proveedor de atención médica lo antes posible. Un médico o proveedor de atención médica debe llenar y firmar este formulario.

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

Nombre de la solicitante:

No. Seguro Social de la solicitante:

PARTE II. PARA EL PROVEEDOR

EL TRATAMIENTO ES POR:

1. CÁNCER DE MAMA CÁNCER DE CUELLO UTERINO AFECCIÓN PRECANCEROSA

PERÍODO ADICIONAL DE ELEGIBILIDAD NECESARIO:

2. 3 MESES 6 MESES 12 MESES YA NO NECESITA TRATAMIENTO

3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONSIDERAR LA CONTINUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

- Copias de los resultados/informes de diagnóstico y patología relacionados con el diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino.
- Una carta del médico a cargo del tratamiento en la cual documente la necesidad de más tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino, que incluye:
- Diagnóstico actual de cáncer, incluyendo la etapa y el código CIE-10.
 - Un resumen detallado del tratamiento de cáncer de mama o de cuello uterino y la respuesta de la solicitante, incluida una declaración de cumplimiento de la solicitante con el tratamiento para cáncer hasta la actualidad.
 - Plan de atención anticipado, incluido el ciclo de tratamiento y la duración anticipada.

La solicitante debe necesitar tratamiento para un diagnóstico actual de cáncer de mama o de cuello uterino.
NOTA: El tratamiento de cáncer de mama o de cuello uterino se define como servicios médicos que tendrán, o es razonable esperar que tendrán los siguientes resultados:

- Mejora de los efectos directos del cáncer de mama o de cuello uterino;
- Ayuda para determinar la naturaleza clínica del cáncer de mama o de cuello uterino, incluidas las pruebas o la cura, salvo la detección de la reaparición o de nuevo cáncer primario, o
- Prevención de la reaparición de cáncer de mama o de cuello uterino.

NOMBRE DEL PROVEEDOR		NÚMERO M.A.I.D. DEL PROVEEDOR		NÚMERO DE TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE FAX ()

_____ _____
 FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR FECHA

Favor de enviar esta solicitud por fax (717-265-8292) o por correo a la oficina de los programas de PROVEEDOR: asistencia médica a: Department of Human Services, Office of Medical Assistance Programs, Division of Medical Review/BCCPT, PO Box 8050, Harrisburg, PA 17105

PARTE III. PARA LA OFICINA DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA

PERÍODO ADICIONAL DE ELEGIBILIDAD APROBADO 3 MESES 6 MESES 12 MESES CÓD. ICD.10 _____

LA PERSONA YA NO NECESITA TRATAMIENTO BAJO EL PROGRAMA BCCPT, SEGÚN LA EVALUACIÓN MÉDICA.

NOMBRE	OFICINA	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	---------	--------------------

_____ _____
 FIRMA AUTORIZADA DEL OMAP FECHA

PARTE IV. PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

LA PERSONA AÚN REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER MEDICAID CONTINUO BAJO EL PROGRAMA BCCPT.

LA PERSONA YA NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER MEDICAID CONTINUO BAJO EL PROGRAMA BCCPT DEBIDO A:
 EVALUACIÓN MÉDICA SEGÚN SE INDICA EN LA PARTE III SEGURO MÉDICO ACEPTABLE EDAD (MÁS DE 65 A—OS)

_____ _____
 FIRMA DEL EMPLEADO DE LA CAO FECHA