

RECERTIFICACIÓN

Medicaid para el cáncer de mama y de cuello uterino SOLICITUD PARA CONTINUAR LA ELEGIBILIDAD BCCM

Se requiere una recertificación para la cobertura de BCCM más allá del periodo de aprobación original, o para el tratamiento más allá de los 12 meses. Las revisiones rutinarias de mama y/o cuello uterino deben realizarse a través del proveedor de BCCCP.

Coordinador de BCCCP: Al marcar (✓) SÍ está verificando la elegibilidad del paciente para BCCM

<input type="checkbox"/> Sí	Esta paciente está inscrita en el Programa de control del cáncer de mama y cáncer de Carolina del Norte (BCCCP) y ha recibido pruebas de detección y/o diagnóstico según las directrices del BCCCP. (Una ✓ indicando SÍ requiere que este formulario sea completado por el médico que diagnostica o trata).
-----------------------------	---

Nombre de la clínica médica responsable del diagnóstico y del plan de tratamiento:		Teléfono:	
Nombre del paciente:	FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:	
Dirección del paciente:	CNDS/MID#:		
	Fecha original del diagnóstico:		
Diagnóstico:	Etapa (si se conoce):		
Plan de tratamiento: Describa el plan de tratamiento específico , la fecha de inicio del tratamiento y la duración del mismo (el número de semanas o meses de tratamiento previstos) en el espacio que se facilita a continuación:			
El tratamiento indicado arriba comenzará/empezó: (fecha)			
Y continuará durante (número de semanas o meses de tratamiento previsto):			

Firma del médico

Fecha

Condado de residencia del paciente:	Proveedor de BCCCP:		
Coordinador de BCCCP:	Teléfono:		
Representante del DSS:	Fecha:		
Teléfono del DSS:	Fax del DSS:		
Correo electrónico del trabajador social del DSS:			
Determinación	Fecha de determinación	Firma de la enfermera asesora	
<input type="checkbox"/> Aprobado por ___ meses			
<input type="checkbox"/> Negado - Motivo:			
Notas:			