



SOUTH CAROLINA
DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH

Red de mejores oportunidades (Best Chance Network, BCN) Servicios de exámenes mamarios y cervicales Formulario de explicación de costos (Costos que BCN cubre y costos sin cobertura)

Comprendo y reconozco que el proveedor de BCN me informó que BCN cubrirá los procedimientos listados a continuación si se realizan en uno de sus centros contratados:

LOS COSTOS QUE BCN CUBRE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- Consultas médicas para exámenes mamarios y cervicales. Consultas médicas que incluyen el examen clínico de mamas, el examen pélvico, la prueba de Papanicolaou con examen de detección del VPH (de ser necesario, según las pautas de BCN) y la derivación para la realización de la mamografía.
 - Pautas para la prueba de Papanicolaou.
 - Prueba de Papanicolaou en base líquida con examen de detección del VPH cada 5 años o
 - prueba de Papanicolaou en base líquida cada 3 años.
 - Las mujeres con alto riesgo (que presentan antecedentes de cáncer cervical, exposición al DES dentro del útero o que están inmunodeprimidas) cumplen con los requisitos para realizarse una evaluación anual que incluye la prueba de Papanicolaou y el examen de detección del VPH.
- Repetición de la prueba de Papanicolaou y del examen de detección del VPH para el tratamiento de anomalías en los resultados en la detección del cáncer cervical, tal como lo recomiendan la política de BCN y las pautas de la Sociedad Americana de Patología Cervical y Colposcopia (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, ASCCP).
- Biopsia del endometrio por hemorragia perimenopáusica o posmenopáusica.
- Gastos de laboratorio para la prueba de Papanicolaou, el examen de detección del VPH y la biopsia (de ser necesaria, según las pautas de BCN).
- Mamografía de detección/diagnóstico, ecografía mamaria, resonancia magnética de mamas, biopsia mamaria y aspiración de quiste mamario.
- Consultas de asesoramiento por anomalías halladas en el examen clínico de mamas, los resultados de las pruebas de Papanicolaou o VPH, la biopsia, la ecografía, la mamografía de diagnóstico, la resonancia magnética de mamas, la biopsia realizada por un radiólogo y las consultas para completar la aplicación de Medicaid.
- Extracción de pólipos.

LOS COSTOS QUE BCN NO CUBRE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- Frotis de secreción por el pezón.
- Prueba de Papanicolaou para mujeres que se realizaron una histerectomía por un cáncer no cervical.
- Ecografía pélvica.
- Gastos de farmacia.
- Tratamiento contra el cáncer o precursores del cáncer.

Comprendo que puedo someterme a una evaluación continua para un servicio de navegación del paciente, que no tendrá costo para mí, y acepto que se me derive al servicio de navegación del paciente si alguno de los resultados de mis pruebas presenta anomalías.

Comprendo que será mi responsabilidad reunirme con la oficina de facturación o el asesor financiero del consultorio médico u hospital para acordar un plan de pago por los costos que BCN no pueda cubrir.

Comprendo que, si opto por un proveedor que no pertenece a BCN para realizar un seguimiento de las anomalías en los resultados de las pruebas, ninguno de los servicios que brinden serán cubiertos por BCN.

Dejo constancia de que se me facilitó una copia de este formulario, el Formulario de explicación de costos de los servicios de exámenes mamarios y cervicales.

Certifico bajo pena de falso testimonio que la información que yo o mi representante personal autorizado hemos brindado en esta solicitud para determinar mi elegibilidad a fin de utilizar los servicios médicos la Red de mejores oportunidades (BCN) sin costo es cierta. Esto incluye, sin carácter restrictivo, la información brindada en relación con mi verdadera identidad, mi residencia (dirección en Carolina del Sur), mi fecha de nacimiento (edad), mi condición de no asegurado o mi cobertura de seguro baja, el tamaño de mi hogar y sus ingresos. Autorizo al Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur (South Carolina Department of Public Health, SC DPH) a establecer los contactos necesarios, o solicitar los documentos que se requieran, para verificar la información que se encuentra en esta solicitud. Comprendo que, en caso de brindar información falsa en esta solicitud de manera deliberada para cometer fraude, se me podría penalizar o procesar en virtud de las leyes federales o estatales.

Firma: _____

Fecha: _____

Declaración sobre el aviso de privacidad

Confirmando que se me ha entregado una copia del Aviso de privacidad del DPH.

Firma en letra imprenta del cliente o representante personal

Firma del cliente o representante personal

Fecha

El cliente recibió una copia del Aviso de privacidad aceptado rechazado

El cliente recibió una copia del Aviso de privacidad pero se negó a firmarlo

Testigo

Coloque el original en la historia clínica del paciente y entregue una copia al paciente.



Formulario de explicación de costos de exámenes mamarios y cervicales de BCN

Instrucciones para completar el formulario 1099-SPA-DPH

INSTRUCCIONES:

Lea y explique los dos grupos de elementos con viñetas. Entregue al cliente una copia del Aviso de privacidad del DPH.

Responda todas las consultas.

Solicite al cliente que firme y feche el formulario. Solicite a un testigo que firme el formulario luego de que lo haga el cliente.

Coloque, o escanee, el original en la historia clínica y entregue la copia al cliente.

MECANISMOS DE OFICINA Y ARCHIVO:

El proveedor debe conservar los registros de BCN durante los 6 años posteriores a haber finalizado el contrato y debe estar disponible para realizar auditorías e inspecciones en cualquier momento que el DHEC lo considere necesario.

Ratificado por el plan de retención 09076 - Archivos de la Red de mejores oportunidades.