



## Best Chance Network (BCN) Formulario de Explicación de Costos de Servicios para el Despistaje de cancer de cuello uterino (Qué Puede y qué No Puede Pagar BCN)

Reconozco que he sido informado por el proveedor de BCN, y entiendo que BCN pagará por estos servicios aprobados por BCN si se realizan en un centro, o por un proveedor, bajo un contrato con BCN:

### SERVICIOS PAGADOS POR BCN:

- Visita en Consultorio para Seguimiento Pap\*
- Colposcopia (con o sin biopsia cervical – muestra de tejidos)
- Visita de Consulta para resultados de cáncer confirmados en biopsia, resultado de lesión intraepitelial escamosa de alto grado confirmada por biopsia ((HSIL, por sus siglas en inglés) o CIN2, CIN2/3, o CIN3), previo a Procedimiento de Excisión Electroquirúrgica con Asa (LEEP, por sus siglas en inglés) para una paciente con resultados de HSIL en la prueba de Papanicolaou y sin diagnóstico.
- Visita de consulta para discutir las opciones de tratamiento y para completar la solicitud de Medicaid para una paciente con diagnóstico de cáncer o pre-cáncer (HSIL/CIN2/3).
- Prueba de biopsia de endometrio para los siguientes resultados de la prueba de Papanicolaou:
  - Adenocarcinoma
  - Células Endometriales Atípicas
  - Células Glandulares Atípicas
  - Células Endometriales Benignas (mujeres posmenopáusicas que no han tenido una histerectomía)
- Curetaje Endocervical (extracción de tejidos)
- Prueba de Papanicolaou y Examen Pélvico de Seguimiento\*
- Procedimiento LEEP inmediato para resultados HSIL en prueba de Papanicolaou
- Cargos de Laboratorio para Pruebas de HPV y Análisis de Biopsia
- Otros cargos permitidos listados en el “Cronograma de Honorarios por Servicios”
- Extirpación y Biopsia de Pólipos Cervicales

\* Según la política de BCN y las pautas de la Sociedad Americana para Colposcopia y Patología Cervical.

### SERVICIOS NO PAGADOS POR BCN:

- Todos los Otros Servicios No Listados Como Pagos (por razones que no sean las listadas más arriba)
- Procedimiento de Conización con Biopsia
- Visita de consulta para resultados negativos, benignos, o de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (CIN1).
- Criocirugía
- Cargos del Departamento de Emergencias
- Extirpación y Biopsia de Pólipos Cervicales
- Histerectomía
- Tratamiento con Láser
- Ultrasonido Pélvico

***Certifico bajo pena de perjurio que la información que yo o mi representante personal autorizado le hemos proporcionado a usted en esta solicitud para determinar mi elegibilidad para recibir los servicios médicos de Best Chance Network (BCN, por sus siglas en inglés) sin costo para mí es cierta a mi leal saber y entender. Esto incluye, pero no se limita a, la información proporcionada relacionada con mi verdadera identidad, mi residencia (domicilio en Carolina del Sur), mi fecha de nacimiento (edad), mi condición de no asegurada/seguro insuficiente y el tamaño de mi familia y el ingreso familiar. Otorgo mi permiso para que el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur (SC DPH, por sus siglas en inglés) haga los contactos necesarios, o solicite los documentos necesarios, para verificar mi información en esta solicitud. Entiendo que podría ser penalizada o posiblemente procesada bajo la ley federal o estatal, si a sabiendas doy información falsa en esta solicitud con el fin de cometer fraude.***

***Comprendo que será mi responsabilidad reunirme con el representante de la oficina de facturación o financiero del proveedor para establecer un plan de pago para los gastos que el BCN no pueda pagar.***

***También comprendo que si elijo ir a un proveedor que no sea de BCN para el seguimiento de resultados anormales en las pruebas, ninguno de los servicios que él me proporcione será pagado por BCN.***

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo de la Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Coloque el Documento Original en la Historia Clínica del Cliente y 1 Copia para el Cliente

**BCN Cervical Cost Explanation Form**  
Instructions for Completing 1380-SPA-DPH

**Instructions:**

Read and explain the two groups of bulleted items. Give client a copy of the DPH Privacy Notice.

Answer any questions.

Have client sign and date the form. Have a witness sign after the client signs the form.

**Office Mechanics & Filing:**

Place the original copy in the clinic BCN record and give the copy to the client. Retain this signed form in the record for six years after the contract expiration date.

Retention schedule series number 09076.