

# 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 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
-------------	--------------	-----------	-----------

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted?  English/Inglés  Spanish/Español  Other/Otro (specify/especifique) \_\_\_\_\_  
Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete?  Yes / Sí  No If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? \_\_\_\_\_

**PARTE I. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE**

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

**COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN**

¿Es usted ciudadano o nacional de los EE. UU.?  Sí  No Si usted no es ciudadano o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese su tipo de documento y número de identificación.	▶	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
---	---	---	-------------------	---------------------------------------

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:

**PART II. TO BE COMPLETED BY PROVIDER**

INDIVIDUAL'S TREATMENT IS FOR:

- 1.  BREAST CANCER                       CERVICAL CANCER                       PRE CANCEROUS CONDITION

ADDITIONAL ELIGIBILITY PERIOD REQUIRED:

- 2.  3 MONTHS                       6 MONTHS                       12 MONTHS                       NO LONGER NEEDS TREATMENT

3. REQUIRED DOCUMENTATION FOR CONSIDERATION OF CONTINUED ELIGIBILITY

- Copies of diagnostic and pathology test results/reports pertaining to the diagnosis of breast or cervical cancer.
- A letter from the treating physician documenting medical necessity for further treatment of breast or cervical cancer, which includes:
  - Current cancer diagnosis, including stage and ICD-10 code.
  - A detailed summary of breast or cervical cancer treatment and the applicant's response, including a statement of applicant's compliance with cancer treatment to date.
  - Anticipated plan of care, including expected course and length of treatment.

**NOTE:** Applicant must require treatment for a current diagnosis of breast or cervical cancer. Treatment for breast or cervical cancer is defined as medical services which are, or are reasonably expected to:

- Ameliorate the direct effects of the breast or cervical cancer; or
- Aid in the clinical characterization of the breast or cervical cancer, including test or cure, but excluding screening for recurrence or new primary cancer; or
- Prevent the recurrence of breast or cervical cancer.

PROVIDER NAME	PROVIDER M.A.I.D. NUMBER	TELEPHONE NUMBER (    )
ADDRESS	CITY	STATE    ZIP CODE    FAX NUMBER (    )

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
PROVIDER AUTHORIZED SIGNATURE                      DATE

**Please fax (717-265-8292) or mail this application back to the Office of Medical Assistance Programs at:  
PROVIDER: Department of Human Services, Office of Medical Assistance Programs, Division of Medical Review/  
BCCPT, PO Box 8050, Harrisburg, PA 17105**

**PART III. TO BE COMPLETED BY OFFICE OF MEDICAL ASSISTANCE PROGRAMS**

- ADDITIONAL ELIGIBILITY PERIOD APPROVED     3 MONTHS     6 MONTHS     12 MONTHS    ICD.10 CODE \_\_\_\_\_

INDIVIDUAL NO LONGER NEEDS TREATMENT UNDER THE BCCPT PROGRAM BASED UPON THE MEDICAL EVALUATION.

NAME	OFFICE	TELEPHONE NUMBER
------	--------	------------------

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
OMAP AUTHORIZED SIGNATURE                      DATE

**PART IV. TO BE COMPLETED BY COUNTY ASSISTANCE OFFICE**

- INDIVIDUAL REMAINS ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID UNDER THE BCCPT PROGRAM.
- INDIVIDUAL IS NO LONGER ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID UNDER THE BCCPT PROGRAM BECAUSE:
  - MEDICAL EVALUATION AS NOTED IN PART III     CREDITABLE INSURANCE COVERAGE     AGE (OVER 65)

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
CAO WORKER'S SIGNATURE                      DATE