

La Ley para Prevención y Tratamiento de Cáncer Cervical y de Seno (BCCPTA, por sus siglas en **inglés**) del 2000 permite a los estados a suministrar cobertura completa de Medicaid para individuos que necesitan tratamiento para cáncer cervical o de seno, o que tienen lesiones precancerosas (CIN 2/3 o hiperplasia atípica de seno). A este grupo de cobertura se le conoce como el Programa para Cáncer Cervical y de Seno (BCCP, por sus siglas en inglés). Se deben llenar los siguientes requisitos:



Información General

- El individuo es un adulto menor de 65 años;
- El individuo debe llenar los requisitos de residencia, ciudadanía/extranjería, e identidad del estado de SC;
- El individuo no tiene otra cobertura de seguro que cubriría el tratamiento para cáncer cervical o de seno o de lesiones precancerosas (CIN 2/3 o hiperplasia atípica de seno), incluyendo Medicare Parte A o B;
- Los ingresos familiares del individuo deben estar a, o menos del, 200% del Nivel Federal de Pobreza; y
- El individuo no es elegible para otro grupo de elegibilidad de Medicaid.

Tras ser diagnosticado con cáncer cervical o de seno, o si tienen lesiones precancerosas (CIN 2/3 o hiperplasia atípica de seno), una persona puede aplicar para cobertura de la siguiente manera:

1. Complete y firme la Solicitud para Conexiones Saludables Medicaid (DHHS Form 3400) o aplique en línea en www.scdhhs.gov. El proveedor médico que emite el diagnóstico debe llenar el Formulario 913-A.
2. El proveedor que emite el diagnóstico debe completar y firmar las secciones relevantes de la Página 2.
3. La solicitud y anexos rellenos se envían por fax al Programa de Cáncer Cervical y de Seno al (803) 255-8237. Junto con la solicitud, se debe enviar por fax el Reporte de Patología indicando el diagnóstico y una copia de la tarjeta de seguro del solicitante. Nota: un reporte de **citología** (Pap Smear) no es suficiente.
4. Se le **notificará** por escrito al solicitante de la **aprobación** o **denegación** de la solicitud. Los individuos que califiquen son elegibles para la cobertura completa de Medicaid.
5. La cobertura continuará mientras se llenen los requisitos de elegibilidad y el beneficiario **continúe** con el tratamiento. El beneficiario debe reportarse a su trabajador de Medicaid cuando el tratamiento termine.
6. Para los individuos con cáncer cervical o de seno, se revisa la elegibilidad anualmente, y dos veces al año (cada seis meses) para individuos con lesiones precancerosas. Cuando es el momento de la revisión, se **envía** un formulario al beneficiario que se debe retornar o de no hacerlo, la cobertura cesará.
7. **Una vez que el tratamiento termine, el beneficiario debe calificar bajo otro programa de Medicaid para continuar.**
8. Si tiene preguntas sobre el BCCP, o necesita ayuda para llenar este anexo, por favor llame al: 1-888-549-0820 (TTY 1-888-842-3620).

lo que tiene que saber



Proceso de Solicitud

Sección I - Información del Solicitante

Nombre del solicitante (Primer nombre, segundo nombre, Apellido) (Letra molde)		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
ID de Medicaid (si aplica)	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy	

Sección II – Referencia de Best Chance Network (BCN)

Solo llene esta sección si el solicitante es un paciente de Best Chance Network. Si no lo es, por favor deje esta sección en blanco.

Sitio de Examen del Proveedor BCN	Fecha del Examen de BCN
Nombre del Representante del Proveedor BCN (Letra molde)	Firma del Representante del Proveedor BCN

Sección III – Proveedor Médico / Referencia no BCN

Proveedor que refiere al paciente a Medicaid (Letra molde)		Teléfono	
		Fax	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Firma			

¿Ha aplicado el paciente para Medicaid? Sí No
Para pedir una solicitud, llame al (888) 549-0820 o visite www.scdhhs.gov

¿Ha recibido el paciente tratamiento para uno de las siguientes: Sí No
Cáncer de Seno Cáncer Cervical Hiperplasia atípica de seno Lesiones cervicales precancerosas (CIN2/3)

Fecha del diagnóstico:

¿En los últimos 3 meses, ha recibido el paciente tratamiento por este diagnóstico? Sí No

¿El paciente tenía cobertura de seguro para estos gastos? Sí No

¿El paciente necesita una continuación de tratamiento? *De ser sí, favor de mandar las notas actuales de la clínica.* Sí No

Sección IV - Autorización para Revelar Información de Salud –El Solicitante debe llenar

Autorizo y solicito de forma voluntaria a DHEC la revelación (incluyendo el intercambio escrito, verbal, y electrónico) de todo mi expediente médico, registros educativos, y otra información relacionada con mi solicitud de BCCPTA.

Firma del Solicitante / Beneficiario

Sección V – Información de la Oficina DHEC

Empleado de DHEC que ayudó con la solicitud (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Número de teléfono del empleado de DHEC	Correo electrónico del empleado de DHEC
Nombre de enfermera encargada del caso (Letra molde)	Firma de enfermera encargada del caso