

# 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 EL SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE

Escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o a MÁQUINA: Su nombre, fecha de nacimiento, sexo, 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 del 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 al beneficiario.

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 al solicitante.

DIRECCIÓN - CALLE, CIUDAD, ESTADO: Anote la dirección del consultorio en el que atiende al solicitante.

FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR Y FECHA: Firma del proveedor que proporciona atención médica al 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



Nombre del solicitante:

No. Seguro Social del 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