

تقدم (الوكالة) برنامج ملاحه مكافحة سرطان الثدي وعنق الرحم (BC3NP). برنامج الفحص هذا، الذي تدعمه الحكومة الفيدرالية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية ميشيغان، هو جزء من خطة وطنية لتقليل عدد النساء اللاتي لا يمكن تأمين صحي ويتوفين بسبب سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم.

### الغرض من هذا البرنامج

الغرض من BC3NP هو معرفة ما إذا كانت المرأة مُصابة بسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم، وإذا كانت مصابة بالسرطان، مساعدتها في الحصول على علاج السرطان. يمكن أن تساعد اختبارات الفحص المنتظمة في اكتشاف السرطان الذي قد يكون موجودًا عندما يكون صغيرًا جدًا وبالتالي يسهل علاجه.

### ما يقدمه لك البرنامج

يمكن للنساء المؤهلات اللاتي يستوفين إرشادات دخل البرنامج الحصول على الخدمات التالية:

#### الثدي

- النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 40 إلى 64 عامًا: اختبار فحص الثدي (الماموجرام) و/أو اختبارات المتابعة (إذا لزم الأمر) لاكتشاف نتائج غير طبيعية في صورة الثدي الشعاعية.
- النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 21 إلى 39 عامًا: تمت إحالتهم إلى BC3NP مع فحص ثدي سريري غير طبيعى (CBE) ويحتجن إلى خدمات تشخيصية للثدي.

#### عنق الرحم

- يشمل فحص سرطان عنق الرحم اختبار مسحة عنق الرحم واختبار فيروس الورم الحليمي البشري (إذا تم تحديده) وفقًا لعمر العميل.
  - النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 21 إلى 29 عامًا: اختبار مسحة عنق الرحم فقط - اختبار فيروس الورم الحليمي البشري غير مقبول لهذه الفئة العمرية ولا يمكن دفعه من قبل برنامج BC3N.
  - النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 30 إلى 65 عامًا: اختبار مسحة عنق الرحم واختبار فيروس الورم الحليمي البشري وفقًا للبروتوكول الطبي في BC3NP وإرشادات الأهلية لفحص عنق الرحم.
  - النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 21 إلى 64 عامًا: تمت إحالتهم إلى BC3NP لاختبارات متابعة عنق الرحم لاكتشاف نتائج غير طبيعية في اختبار فحص عنق الرحم.

#### أهلية البرنامج: (الحروف الأولى: \_\_\_\_\_)

1. عند التسجيل، سيتم سؤالي عما إذا كنت أملك تأمين صحي. سأكون مؤهلة لتلقي خدمات البرنامج إذا استوفيت المعايير الأخرى المدرجة في هذه الاتفاقية و:
  - ليس لدي تأمين صحي أو
  - لا يغطي تأميني الصحي خدمات فحص سرطان الثدي/العنق و/أو خدمات المتابعة أو
  - هناك مبالغ كبيرة متراكمة على تأميني الصحي يجب دفعها قبل تلقي الخدمات، وأنا غير قادرة على دفع المبلغ المقطوع.
2. إذا حصلت على تأمين بعد التسجيل، يجب عليّ إبلاغ BC3NP عن هذه المعلومات بدقة.
  - إذا فشلت في القيام بذلك، فأنا أفهم أنني سأكون مسؤولة عن التكاليف الناتجة عن أي خدمات برامج أحصل عليها.
3. يتوفر BC3NP للنساء اللاتي يعيشتن في ميشيغان أو يعشن بالقرب من حدود ولاية مجاورة (إنديانا، أوهايو، ويسكونسن، مينيسوتا) اللاتي يخططن للحصول على خدمات الفحص والتشخيص في ميشيغان.
  - يجب عليّ إبلاغ BC3NP إذا تغيرت حالة إقامتي.
  - إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن كوني مقيمًا في ميشيغان أو أتلقى خدمات في ميشيغان، فلن أكون مؤهلة للحصول على أي خدمات أخرى وسيتم إلغاء تسجيلي في BC3NP.



**إخطار بنتائج الاختبار ومتابعة النتائج غير الطبيعية: (الحروف الأولى \_\_\_\_\_)**

1. سيتم إبلاغ بنتائج اختبارات الفحص هذه وأي متابعة إضافية قد تكون مطلوبة.
2. يتم تقديم اختبارات المتابعة بعد نتيجة فحص غير طبيعية لسرطان الثدي و/أو عنق الرحم.
3. أقوم باختبار [أو عدم اختبار] اتباع توصيات المتابعة الخاصة بأي اختبارات غير طبيعية.
4. إذا أظهر أي اختبار فحص شيئاً غير طبيعياً، فسوف تساعدني وكالة BC3NP في جدولة مواعيد فحوصات المتابعة من خلال مقدمي الخدمات المشاركين في البرنامج.
5. إذا كان لدي مقدم خدمة آخر، فسيتم إبلاغه بنتائج الاختبار إذا قدمت موافقة خطية للكشف عن هذه المعلومات.

**تكلفة خدمات البرنامج: (الحروف الأولى \_\_\_\_\_)**

1. يغطي البرنامج تكاليف فحص سرطان الثدي و/أو عنق الرحم واختبارات المتابعة المعتمد من البرنامج.
2. من الممكن أن يكون هناك اختبارات أو إجراءات أخرى موصى بها لي من قبل مزود الرعاية الخاص بي.
  - إذا لم تتم الموافقة على هذه الاختبارات الموصى بها من قبل البرنامج، فلن تتمكن BC3NP من دفع مقابل اختبارات المتابعة و/أو الاختبارات و/أو الرسوم الإضافية.
  - إذا كنت غير قادرة على الدفع، فسوف تعمل وكالة BC3NP معي لمساعدتي في الحصول على الخدمات المطلوبة. (أي، المساعدة المالية ووضع خطة دفع إذا لزم الأمر)
3. أفهم أنه يجب علي أن أسأل وكالة BC3NP عن اختبارات المتابعة المعتمدة من البرنامج قبل إكمال اختبارات المتابعة. أفهم أنه إذا كانت لدي اختبارات متابعة غير معتمدة من البرنامج، فقد أكون مسؤولة عن الرسوم.

**في حالة تشخيص سرطان الثدي أو عنق الرحم: (الحروف الأولى \_\_\_\_\_)**

1. لا تدفع BC3NP مقابل أي خدمات علاج لسرطان الثدي أو عنق الرحم.
  2. إذا تم تشخيصي بسرطان الثدي أو عنق الرحم، فستحدد وكالة BC3NP ما إذا كنت مؤهلة للمشاركة في برنامج Medicaid الخاص بوكالة BC3NP والذي سيوفر تغطية تأمينية لعلاج السرطان الخاص بي.
    - من خلال التوقيع بالأحرف الأولى أعلاه، أفهم أنه بمجرد أن أكون قد أكملت علاج السرطان و/أو لم أعد مؤهلة للحصول على BC3NP، ستنتهي هذه التغطية التأمينية.
  3. إذا لم أكن مؤهلة لتغطية العلاج من خلال برنامج Medicaid هذا، فسوف تعمل وكالة BC3NP معي لمساعدتي في تلقي العلاج. (أي، المساعدة المالية وإعداد خطة دفع إذا لزم الأمر).
- لقد تم شرح هذا البرنامج لي وتمت الإجابة عن أسئلتني. بناءً على فهمي، قررت المشاركة في BC3NP. لقد تمكنت من طرح أسئلة حول هذا البرنامج وهذا النموذج وحصلت على إجابات عن أسئلتني. بناءً على فهمي لبرنامج الفحص والمتابعة هذا، أرغب في التسجيل.
- رقم هاتف وكالة BC3NP هو ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ).

التاريخ	توقيع العميل
التاريخ	توقيع الشاهد

