

Acuerdo de Participación en el Programa

El _____ (agencia) ofrece un servicio especial a través del programa de navegación para el control del cáncer de mama y del cuello uterino (BC3NP). Este programa de detección, respaldado por el Gobierno Federal y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, forma parte de un plan nacional para reducir el número de mujeres sin seguro médico que mueren de cáncer de mama o de cuello uterino.

Propósito de este Programa

El propósito del BC3NP es averiguar si una mujer tiene cáncer de mama o de cuello uterino y, si tiene cáncer, ayudarla a obtener tratamiento contra el cáncer. Las pruebas periódicas de detección permiten encontrar un cáncer que podría estar presente cuando todavía es muy pequeño y más fácil de tratar.

Qué le Ofrece el Programa

Las mujeres elegibles que cumplan con las directrices sobre ingresos del programa pueden recibir los siguientes servicios:

Mama

- Mujeres de 40 a 64 años: **prueba de detección de mama (mamografía) y/o pruebas de seguimiento** (si es necesario) por un hallazgo anómalo en una mamografía.
- Mujeres de 21 a 39 años: derivadas a BC3NP con un examen clínico de mama (ECB) anormal y que requieren servicios de diagnóstico de mama.

Cuello Uterino

- La detección del cáncer de cuello uterino incluye una prueba de **Papanicolaou y una prueba de VPH** (si está indicado) según la edad del cliente.
 - Mujeres de 21 a 29 años: **Solamente prueba de Papanicolaou**: la prueba de VPH es inaceptable para este grupo de edad y no es pagadera por el programa BC3N.
 - Mujeres de 30 a 65 años: **Prueba de Papanicolaou y prueba de VPH** según el protocolo médico BC3NP y las directrices de elegibilidad para la detección en cuello uterino.
 - Mujeres de 21 a 64 años: derivadas a BC3NP para **pruebas de seguimiento en cuello uterino** por hallazgos anómalos en una prueba de detección en cuello uterino.

Elegibilidad para el Programa: (Iniciales _____)

1. En el momento de la inscripción me preguntarán si tengo seguro médico. Seré elegible para recibir servicios del programa si cumpla los demás criterios enumerados en este acuerdo **Y**:
 - No tengo seguro médico **o bien**
 - Mi seguro médico **no** cubre los servicios de detección del cáncer de mama/cuello uterino ni/o de seguimiento **o**
 - Mi seguro médico tiene un gran deducible que debe pagarse antes de que reciba mis servicios, y no puedo pagar el deducible.
2. Si tengo un seguro después de haberme inscrito, debo notificar a BC3NP y notificar con exactitud esta información.
 - Si no hago esto, entiendo que seré responsable de los costos resultantes de cualquier servicio del programa que reciba.
3. BC3NP está disponible para mujeres que viven en Michigan o que viven cerca de la frontera de un estado vecino (Indiana, Ohio, Wisconsin, Minnesota) que planean recibir servicios de detección y diagnóstico en Michigan.
 - Debo notificar a BC3NP si cambia el estado de mi residencia.
 - Si proporciono información incorrecta sobre mi residencia o sobre la recepción de servicios en Michigan, no seré elegible para ningún otro servicio y se me retirará de BC3NP.



Notificación de los Resultados de las Pruebas y Seguimiento en Caso de Resultados Anómalos:

(Iniciales _____)

1. Se me informarán los resultados de estas pruebas de detección y de cualquier seguimiento adicional que pueda ser necesario.
2. Se ofrecen pruebas de seguimiento después de un resultado anómalo en la detección del cáncer de mama y/o de cuello uterino.
3. Yo decido si seguiré [o no] las recomendaciones de seguimiento de cualquier prueba anómala.
4. Si cualquier prueba de detección muestra algo que se considere anómalo, la agencia BC3NP me ayudará a programar las pruebas de seguimiento a través de proveedores que participan en el programa.
5. Si tengo otro proveedor, se le informará de los resultados de las pruebas si doy mi aprobación por escrito para divulgar esta información.

Costo de los Servicios del Programa: (Iniciales _____)

1. Los costos de la detección y las pruebas de seguimiento del cáncer de mama y/o de cuello uterino **aprobados por el programa** están cubiertos por el programa.
2. Es posible que mi proveedor me recomiende otras pruebas o procedimientos.
 - Si esos análisis recomendados no están aprobados por el programa, BC3NP no puede pagar esos análisis de seguimiento, pruebas y/o cargos adicionales.
 - Si no puedo pagar, la agencia BC3NP trabajará conmigo para ayudarme a recibir los servicios necesarios (es decir, asistencia financiera y creación de un plan de pagos si es necesario)
3. Entiendo que debo preguntar a la agencia BC3NP qué pruebas de seguimiento están **aprobadas por el programa** antes de completar las pruebas de seguimiento. Entiendo que si me someto a pruebas de seguimiento que no están aprobadas por el programa, puedo ser responsable de los cargos.

Si se Diagnostica Cáncer de Mama o de Cuello Uterino: (Iniciales _____)

1. BC3NP no paga ningún servicio de **tratamiento** para el cáncer de mama o de cuello uterino.
2. Si se diagnostica cáncer de mama o de cuello uterino, la agencia BC3NP determinará si soy elegible para participar en un programa Medicaid específico de BC3NP que proporcionará cobertura de seguro para mi tratamiento contra el cáncer.
 - Con las iniciales anteriores, entiendo que una vez que haya completado el tratamiento contra el cáncer y/o ya no sea elegible para BC3NP, **finalizará esta cobertura del seguro.**
3. Si no soy elegible para la cobertura del tratamiento a través de este programa de Medicaid, la agencia BC3NP trabajará conmigo para ayudarme a recibir tratamiento (es decir, asistencia financiera y creación de un plan de pagos si es necesario).

Me han explicado este programa y han respondido a mis preguntas. Basándome en mis conocimientos, he decidido participar en BC3NP. He podido hacer preguntas sobre este programa y esta forma, y he recibido respuestas a mis preguntas. Habiendo entendido este programa de detección y seguimiento, deseo inscribirme.

El número de teléfono de la agencia BC3NP es (_____ / _____ - _____)

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

