

\_\_\_\_\_ (cơ quan) đưa ra Chương trình Định hướng Kiểm soát Ung thư Vú và Ung thư Cổ tử cung (Breast and Cervical Cancer Control Navigation Program, BC3NP). Chương trình sàng lọc này, được Chính phủ Liên bang và Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Michigan hỗ trợ, là một phần trong kế hoạch quốc gia nhằm giảm số phụ nữ không có bảo hiểm y tế chết vì ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung.

## Mục Đích Của Chương Trình

Mục đích của BC3NP là nhằm phát hiện xem một phụ nữ có bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung hay không, và nếu có thì sẽ giúp họ điều trị ung thư. Các xét nghiệm sàng lọc định kỳ có thể giúp phát hiện bệnh ung thư khi khối u còn rất nhỏ và dễ điều trị hơn.

## Dịch Vụ Chương Trình Cung Cấp

Những phụ nữ đủ điều kiện đáp ứng các nguyên tắc thu nhập của chương trình có thể nhận các dịch vụ sau:

### Dịch Vụ Đối Với Tuyến Vú

- Phụ nữ ở độ tuổi từ 40-64 tuổi: xét nghiệm sàng lọc các bệnh về vú (chụp quang tuyến vú) và/hoặc xét nghiệm theo dõi (nếu cần) đối với trường hợp phát hiện bất thường từ kết quả chụp quang tuyến vú.
- Phụ nữ ở độ tuổi từ 21-39 tuổi: được giới thiệu đến BC3NP và được khám lâm sàng bất thường tuyến vú (clinical breast exam, CBE) và yêu cầu dịch vụ chẩn đoán vú.

### Dịch Vụ Đối Với Cổ Tử Cung

- Sàng lọc ung thư cổ tử cung bao gồm Xét nghiệm Pap và xét nghiệm HPV (nếu được chỉ định) theo độ tuổi của khách hàng.
  - Phụ nữ ở độ tuổi từ 21-29: CHỈ CÓ xét nghiệm Pap - Xét nghiệm HPV không được chấp nhận đối với nhóm tuổi này và không được chương trình BC3NP thanh toán.
  - Phụ nữ ở độ tuổi từ 30-65: Xét nghiệm Pap và xét nghiệm HPV theo phác đồ y tế của BC3NP và nguyên tắc hội đủ điều kiện nhận sàng lọc bệnh lý cổ tử cung.
  - Phụ nữ ở độ tuổi từ 21-64 tuổi: được giới thiệu đến BC3NP để xét nghiệm theo dõi bệnh lý cổ tử cung khi có phát hiện bất thường trong kết quả sàng lọc bệnh lý cổ tử cung.

## Tính Hội Dủ Điều KIỆN Tham Gia Chương Trình: (Tên Viết Tắt \_\_\_\_\_)

1. Khi ghi danh, tôi sẽ được hỏi xem tôi có bảo hiểm y tế hay không. Tôi sẽ đủ điều kiện để nhận các dịch vụ của chương trình Nếu tôi đáp ứng đầy đủ các tiêu chí khác được liệt kê trong thỏa thuận này VÀ:
  - Tôi không có bảo hiểm y tế Hoặc.
  - Bảo hiểm y tế của tôi **KHÔNG** bao trả cho các dịch vụ sàng lọc và/hoặc các dịch vụ theo dõi ung thư vú/ung thư cổ tử cung Hoặc.
  - Bảo hiểm y tế của tôi có khoản khấu trừ lớn phải được thanh toán trước khi nhận dịch vụ và tôi không thể thanh toán khoản khấu trừ đó.
2. Nếu tôi có bảo hiểm sau khi tôi đã ghi danh, tôi phải thông báo cho BC3NP và báo cáo chính xác thông tin này.
  - Nếu tôi không làm điều này, tôi hiểu rằng tôi sẽ phải tự chi trả các chi phí phát sinh từ bất kỳ dịch vụ chương trình nào tôi nhận được.
3. Chương trình BC3NP dành cho những phụ nữ sống ở Michigan hoặc sống gần vùng giáp ranh tiểu bang lân cận (Indiana, Ohio, Wisconsin, Minnesota), những người dự định nhận dịch vụ sàng lọc và chẩn đoán ở Michigan.



- Tôi phải thông báo cho BC3NP nếu tình trạng cư trú của tôi thay đổi.
- Nếu tôi cung cấp thông tin không chính xác về việc tôi là cư dân Michigan hoặc nhận dịch vụ ở Michigan, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận bất kỳ dịch vụ nào khác và sẽ bị hủy ghi danh khỏi BC3NP.

### **Thông Báo Kết Quả Xét Nghiệm Và Theo Dõi Kết Quả Bất Thường** (Tên Viết Tắt \_\_\_\_\_)

1. Tôi sẽ được thông báo về kết quả của các xét nghiệm sàng lọc này và về bất kỳ theo dõi bổ sung cần thiết nào.
2. Các xét nghiệm theo dõi được đưa ra sau khi có kết quả sàng lọc ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung bất thường.
3. Tôi được tùy ý lựa chọn [hoặc không] tuân theo các khuyến nghị để theo dõi bất kỳ kết quả xét nghiệm bất thường nào.
4. Nếu có bất kỳ xét nghiệm sàng lọc nào bất thường, cơ quan BC3NP sẽ giúp tôi lên lịch kiểm tra theo dõi thông qua những người chăm sóc có tham gia chương trình.
5. Nếu tôi có người chăm sóc khác, họ sẽ được thông báo về kết quả kiểm tra nếu tôi cung cấp văn bản chấp thuận để tiết lộ thông tin này.

### **Chi phí của chúng Dịch Vụ CỦA Chương Trình:** (Tên Viết Tắt \_\_\_\_\_)

1. Chi phí của các xét nghiệm sàng lọc và theo dõi ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung được **chương trình phê duyệt** sẽ do chương trình chi trả.
2. Người chăm sóc của tôi có thể khuyến nghị tôi thực hiện các xét nghiệm hoặc thủ thuật khác.
  - Nếu các xét nghiệm được đề xuất đó không được chương trình phê duyệt, BC3NP sẽ không thanh toán cho các xét nghiệm theo dõi, các kiểm tra và/hoặc các khoản phí bổ sung đó.
  - Nếu tôi không có khả năng chi trả, cơ quan BC3NP sẽ làm việc với tôi để giúp tôi nhận được các dịch vụ cần thiết. (tức là, hỗ trợ tài chính và xây dựng kế hoạch thanh toán nếu cần).
3. Tôi hiểu rằng tôi nên hỏi cơ quan BC3NP xem có những xét nghiệm theo dõi nào được **chương trình phê duyệt** trước khi thực hiện các xét nghiệm theo dõi. **Tôi hiểu rằng nếu tôi cần thực hiện các xét nghiệm theo dõi không được chương trình phê duyệt thì tôi sẽ phải tự chi trả chi phí.**

### **Nếu được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú hoặc cổ tử cung:** (Tên Viết Tắt \_\_\_\_\_)

1. BC3NP không thanh toán cho bất kỳ dịch vụ **điều trị** ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung nào.
2. Nếu được chẩn đoán mắc ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung, cơ quan BC3NP sẽ xác định xem tôi có đủ điều kiện tham gia chương trình Medicaid dành riêng cho BC3NP để nhận được khoản bao trả bảo hiểm cho việc điều trị ung thư của tôi hay không.
  - Với việc ký tắt tên ở trên, tôi hiểu rằng một khi tôi đã hoàn thành điều trị ung thư và/hoặc không còn đủ điều kiện cho BC3NP, **khoản bao trả bảo hiểm này sẽ chấm dứt.**
3. Nếu tôi không đủ điều kiện nhận khoản bao trả điều trị thông qua chương trình Medicaid này, cơ quan BC3NP sẽ làm việc với tôi để giúp tôi được điều trị. (tức là, hỗ trợ tài chính và xây dựng kế hoạch thanh toán nếu cần).

Tôi đã được giải thích và giải đáp mọi thắc mắc của mình về chương trình này. Dựa trên sự hiểu biết của tôi, tôi đã quyết định tham gia BC3NP. Tôi đã được đặt các câu hỏi về chương trình này và biểu mẫu này và đã được giải đáp thắc mắc của mình. Dựa trên hiểu biết của tôi về chương trình sàng lọc và theo dõi này, tôi muốn ghi danh.

Số điện thoại của Cơ quan BC3NP là (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_).

Chữ ký Khách hàng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký Người làm chứng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

