

Lista de verificación para la solicitud de Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical (BCCM)

- Complete la sección I de la forma DHB-5079 respondiendo sí o no a las preguntas. Cada pregunta lo guiará para continuar con la siguiente pregunta o para detenerse porque la mujer no es elegible para este grupo de cobertura de Medicaid.**
- Si las preguntas le han guiado a continuar, complete la sección II. En la página 2 el solicitante tiene que firmar y fechar el formulario. El proveedor de servicios BCCCP que completa la forma DHB-5079 tendrá que firmar e ingresar su número de teléfono.**
- Si la respuesta es SI en la Sección I pregunta #5, A, B, C, D, o E, o F complete la sección III. El solicitante puede ser elegible para otro programa de Medicaid.**
- La forma DHB-5081, "Verificación de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento", debe ser completada y firmado por el médico de diagnóstico o tratamiento.**
- Envíe por fax la forma DHB-5081 (Verificación de Detección, Diagnóstico y Tratamiento), la forma DHB-5079 (Aplicación de Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical) completados, copias de la documentación del INS para ciudadanos no estadounidenses y copias de tarjetas de Seguro Social (si están disponibles) al departamento de servicios sociales del condado (DSS) dentro de 3 días laborables después de que se completen todos los artículos. La portada del fax debe tener la siguiente declaración de confidencialidad. "Este facsímil y cualquier archivo transmitido con él son confidenciales y están destinados exclusivamente para el uso de la persona o entidad a la que se dirigen. Si ha recibido el fax por error, notifíquelo al remitente, elimine y destruya este mensaje y sus archivos adjuntos." Envíe los formularios originales al DSS del condado.**
- Se completo la sección III de la forma DHB-5079, también se envió por correo o fax (si está disponible) los comprobantes de ingresos (pagos, cartas de comprobación).**
- Dirija la información al Coordinador de BCCM como contacto para recibir todos los avisos sobre el caso.**
- Informe al solicitante que el DSS del condado le notificará de la decisión en un plazo de 45 días. El DSS del condado también determinará si es elegible para otro programa de Medicaid. Si el solicitante es elegible para otro programa de Medicaid, no será elegible para el Medicaid para el Cáncer de Mama y Cuello Uterino.**
- De al solicitante el documento de "Derechos y Responsabilidades" (última página de la forma DHB-5079).**