

Client Name: _____ DOB: _____ Address: _____ Phone: _____	Referred to: Physician / Facility: _____ Address: _____ Phone: _____
---	--

Scheduled Appointment Date: _____ **Time:** _____

Clinical Information: _____

Breast Implants: **Y / N** History of Breast Cancer: **Y / N** Interpreter needed: **Y / N** If yes, language: _____

SCHEDULED EXAMS	
<p align="center"><i>No Prior Authorization or Approval Required</i></p> <input type="checkbox"/> Screening Mammogram <input type="checkbox"/> Left / Right / Bilateral Diagnostic mammogram & Ultrasound if indicated <input type="checkbox"/> Breast Ultrasound (Diagnostic mammogram if medically indicated) <input type="checkbox"/> Core Needle Biopsy and/or Needle Aspiration Left / Right <input type="checkbox"/> Ductogram <input type="checkbox"/> Colposcopy <input type="checkbox"/> Consult	<p align="center"><i>Additional Authorization or Approvals Required</i></p> <input type="checkbox"/> Screening Breast MRI With / Without Contrast <input type="checkbox"/> Left / Right / Bilateral Diagnostic MRI (Not TennCare Eligible*) requires CO approval** With / Without Contrast <input type="checkbox"/> LEEP (Not TennCare Eligible) required CO approval <input type="checkbox"/> LEEP (TennCare Eligible) enroll in TennCare <input type="checkbox"/> Other Procedures: _____ <small>*Patients eligible for TennCare must be enrolled by local Health Department **TBCSP and TennCare do not pay for MRIs to assess breast implant integrity</small>

INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE (CLIENT INSTRUCTIONS)

Esta cita la paga el Programa de Detección de Cáncer Cervicouterino y de Mama de Tennessee (TBCSP, por sus siglas en inglés). Esta autorización es solo para la cita médica o el examen indicado aquí arriba. Las citas y los procedimientos adicionales requerirán autorización adicional. Los exámenes de seguimiento de las mamas, los análisis de citología y/o del virus de papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) los debe completar o ser aprobados por el proveedor remitente.

Traiga a la cita una identificación con foto y la lista de medicamentos que toma. Si va a asistir a una consulta quirúrgica para cuestiones de las mamas, lleve las imágenes de su mamografía y/o ecografía a su cita.

TBCSP es un programa de asistencia de servicios limitados. Otros análisis de sangre, pruebas adicionales o procedimientos **pueden no** estar cubiertos por TBCSP. Confirme con el proveedor que las pruebas realizadas son necesarias para la cita que le ha sido programada. Si se recomienda un procedimiento quirúrgico, primero **DEBE** comunicarse con el departamento de salud para una evaluación de idoneidad para TennCare Presunto. De no hacer esto, usted sería responsable de pagar las tarifas o los cargos incurridos.

PROVIDER INSTRUCTIONS

**Completion of this form assumes client's eligibility into TBCSP and the presence of a signed, current consent form*

Submit billing to: 710 James Robertson Pkwy 8 th Floor, Attn: TBCSP Nashville, TN 37243	Submit all reports to: (Health Department/Clinic Label or Stamp)
--	---

Clinic Staff: _____ **Date:** _____

PRINT / SIGN