Programa de Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Puerto Rico (PRBCCEDP)

Puerto Rico Breast & Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program

National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

Centro Comprensivo de Cáncer
universidad de puerto rico

Trasfondo

- El Congreso de los Estados Unidos autorizó la creación del ***Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello uterino*** **(NBCCEDP)** en el **1990**.

- El NBCCEDP es **administrado** por la **División de Prevención y Control del Cáncer (DCPC)** de los **Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)**.

- Desde el **1991**, el programa ha crecido hasta cubrir los **50 estados** de la unión, **5 territorios** (entre ellos Puerto Rico), el **Distrito de Columbia y 11 tribus u organizaciones tribales**.

- Se estima que entre **7-13%** de las mujeres en los Estados Unidos son **elegibles para participar** del programa.

Trasfondo

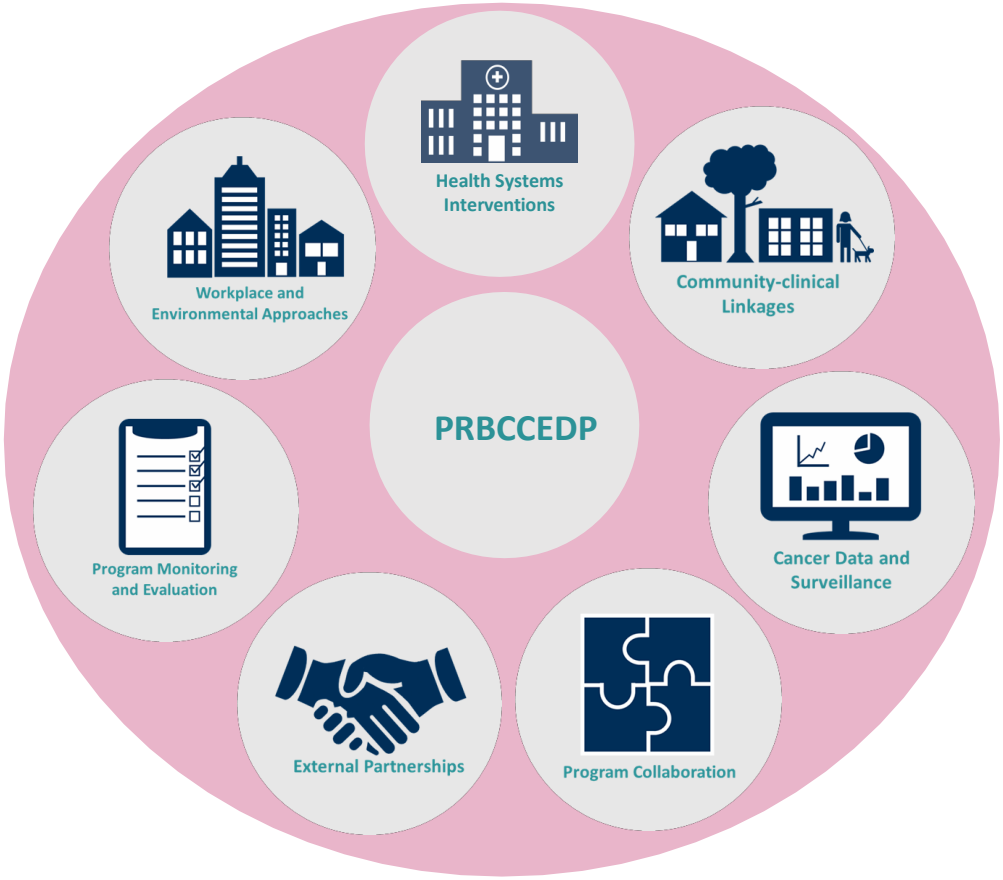
- En Puerto Rico, desde el año **1991 hasta el 2005**, este programa estuvo adscrito al **Departamento de Salud**. Este era conocido como el Programa "***Compañeras***".

- **Desde el 2007** el programa es manejado por el **Recinto de Ciencias Médicas** de la Universidad de Puerto Rico.

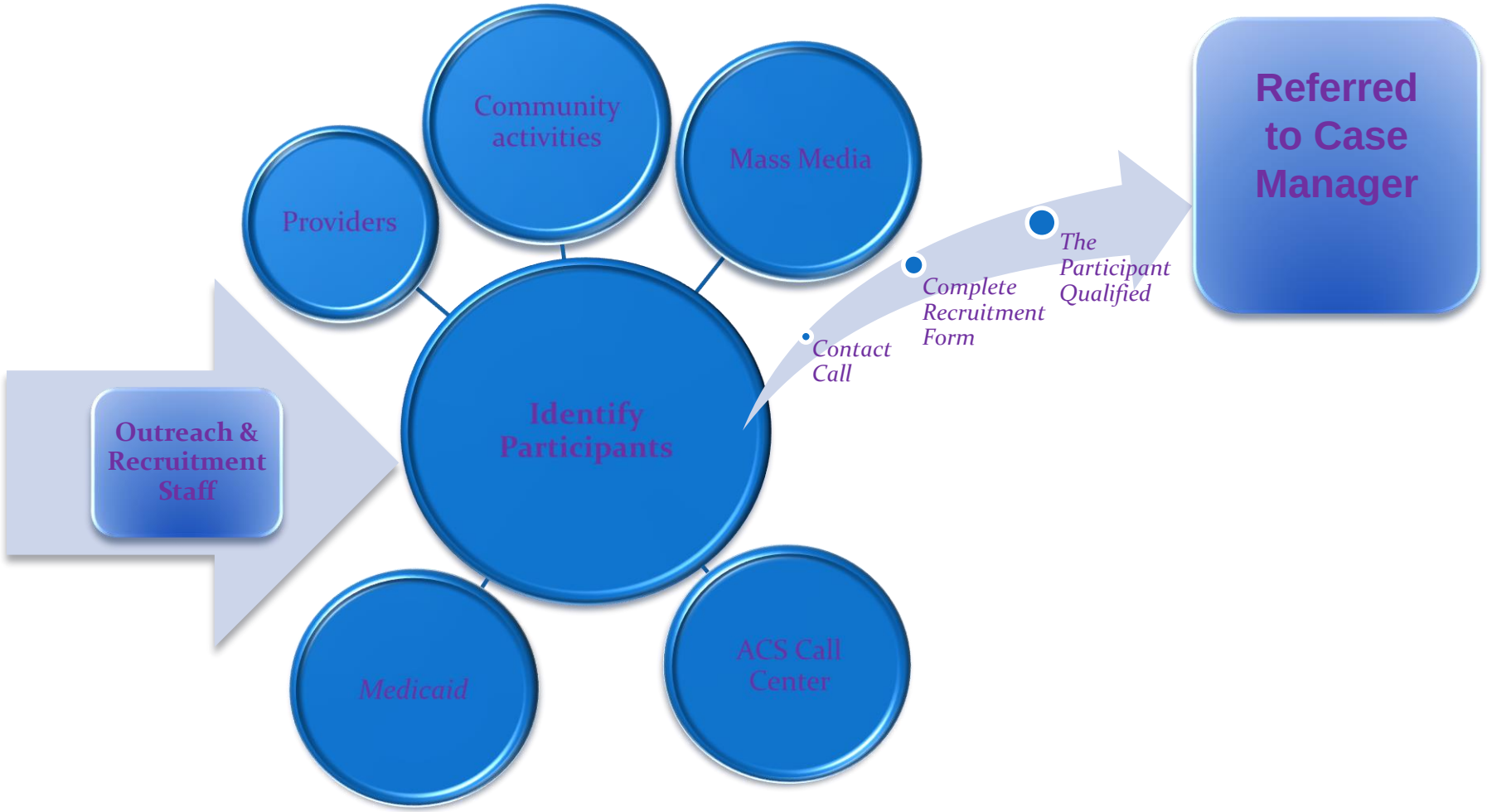
- **Actualmente**, el NBCCEDP es parte del componente de servicios del **Centro Comprensivo de Cáncer** de la Universidad de Puerto Rico (UPRCCC).

- El programa en la isla lleva el nombre de "***Programa para la Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Puerto Rico***".

Estrategias



Reclutamiento



Elegibilidad

- Mujeres de **21 a 64 años** de edad
- Clasifiquen entre el **200 y 250% de nivel de pobreza** de acuerdo a sus ingresos y número de personas en el núcleo familiar
- **No** califiquen para la **Reforma de Salud** y no puedan costear la cubierta de un **seguro de salud privado**
- Mujeres de **65 años o más** que **no** tengan **Medicare** o no cuentan con **Medicare Parte B**

PUERTO RICO BREAST & CERVICAL CANCER PREVENTION AND EARLY DETECTION PROGRAM

Mamografía y Papanicolaou **GRATIS** para mujeres elegibles al programa

REQUISITOS:

- Estar entre las edades de 21 a 64 años
- No cualificar para la Reforma de Salud
- No tener plan médico privado
- Cumplir con los requisitos de ingreso económico
- Mujeres de 65 años o más que no cuentan con Medicare, o no tienen Medicare Parte B

Si desea saber si es elegible comuníquese al:

(787) 522-3265

CENTRO COMPRENSIVO DE CÁNCER universidad de puerto rico

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

Parámetros

- *Servicios para cernimiento/diagnóstico de Cáncer de Mama*
  - El programa sigue como parámetros las guías y recomendaciones para la detección temprana de cáncer de mama publicadas por U.S. Preventive Services Task Force.
  - La **prioridad** para estos servicios son las participantes de **50 a 64 años** de edad.
    - Estas deben de representar **no menos del 75% de todas las beneficiarias** de los servicios de mamografía.
  - Las mujeres **menores de 50 años** pueden recibir los servicios de **mamografía**.
    - Estas **no deben de exceder el 25%** del total de las beneficiarias de los servicios de mamografía.
    - Las mujeres de **40 a 49 años asintomáticas** pueden beneficiarse de los servicios de mamografía, pero siempre **recordando la regla del 25%.**
    - Mujeres **menores de 40 años sintomáticas** pueden recibir servicios del programa (**examen clínico de mama**, **mamografía de diagnóstico y consulta de cirujano, de ser necesario**.)
  - Las **nuevas guías de cáncer de mama** dictadas por el **United States Preventive Services Task Force (USPSTF, por sus siglas en ingles)** fueron publicadas en **enero de 2016**.

Parámetros

- ***Servicios para cernimiento/diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino***
  - Mujeres entre las edades de 21 a 64 años de edad.
  - El programa sigue como parámetros las guías y recomendaciones para la detección temprana de cáncer de cuello uterino publicadas por la United States Preventive Services Task Force.
  - La prioridad son las participantes que nunca se han realizado un Pap.
  - Mujeres que desconocen conservar el cuello uterino luego de la histerectomía, se puede pagar una visita médica para realizar un examen pélvico y determinar si cuenta con el órgano.
  - A partir **de marzo de 2012** se comenzó a implementar la **nuevas guías** de cernimiento para cáncer de cuello uterino .

Guías de Cernimiento Cáncer de Mama

Population	Recommendation[1]
Women aged 40 to 49 with average risk	The decision to start screening mammography in women prior to age 50 years should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin biennial screening between the ages of 40 and 49 years.
Women aged 50 to 74 with average risk	Biennial screening mammography is recommended.
Women aged 75 or older with average risk	Current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening mammography in women aged 75 years or older.
Women with dense breasts	Current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of adjunctive screening for breast cancer using breast ultrasonography, magnetic resonance imaging (MRI), digital breast tomosynthesis (DBT), or other methods in women identified to have dense breasts on an otherwise negative screening mammogram.
Women at higher than average risk	Women with a parent, sibling, or child with breast cancer are at higher risk for breast cancer and thus may benefit more than average-risk women from beginning screening in their 40s.
Additional issues relevant for all women	Current evidence is insufficient to assess the benefits and harms of digital breast tomosynthesis (DBT) as a primary screening method for breast cancer.

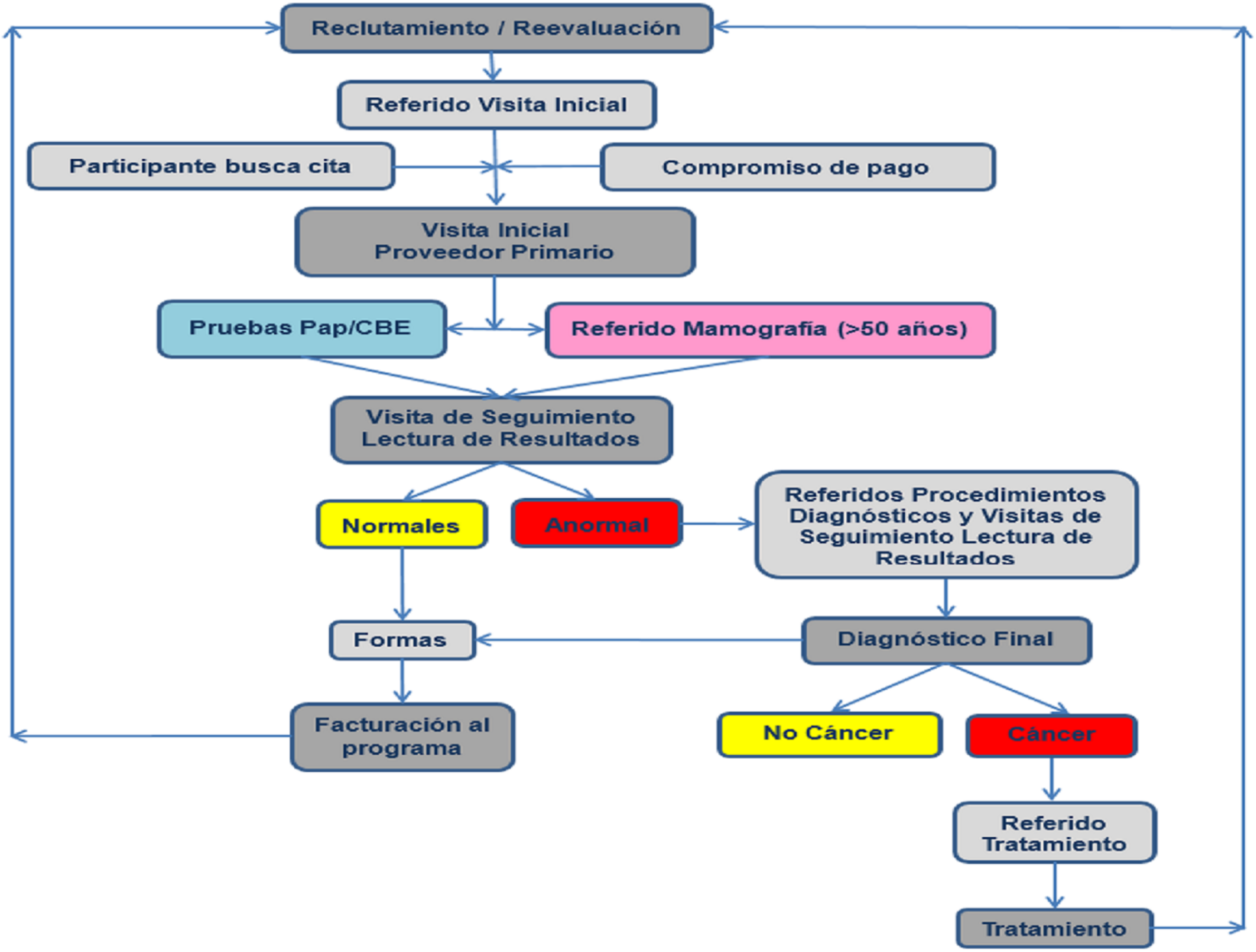
[1]Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of Internal Medicine 2016; 164(4):279-296.

Guías de Cernimiento Cáncer de Cuello Uterino

Population	Recommendation[2]
Women 21 to 65 (Pap Smear) or 30-65 (in combo with HPV testing)	The USPSTF recommends screening for cervical cancer in women age 21 to 65 years with cytology (Pap smear) every 3 years or, for women age 30 to 65 years who want to lengthen the screening interval, screening with a combination of cytology and human papillomavirus (HPV) testing every 5 years. See the Clinical Considerations for discussion of cytology method, HPV testing, and screening interval.
Women younger than 30 years, HPV testing	The USPSTF recommends against screening for cervical cancer with HPV testing, alone or in combination with cytology, in women younger than age 30 years.
Women younger than 21	The USPSTF recommends against screening for cervical cancer in women younger than age 21 years.
Women Older than 65, who have had adequate prior screening	The USPSTF recommends against screening for cervical cancer in women older than age 65 years who have had adequate prior screening and are not otherwise at high risk for cervical cancer. See the Clinical Considerations for discussion of adequacy of prior screening and risk factors.
Women who have had a hysterectomy	The USPSTF recommends against screening for cervical cancer in women who have had a hysterectomy with removal of the cervix and who do not have a history of a high-grade precancerous lesion (cervical intraepithelial neoplasia [CIN] grade 2 or 3) or cervical cancer.

[2]*Cervical Cancer: Screening*. U.S. Preventive Services Task Force. July 2015.
http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening?ds=1&s=cervical cancer screening

Flujograma de Servicios Clínicos



Navegación y Manejo

- *Los servicios ofrecidos tienen un **tiempo determinado para cumplir satisfactoriamente con las guías** establecidas por el programa.*

  - ***Cáncer de Mama:***
    - ***≤60 días :*** intervalo de tiempo entre el **cernimiento inicial** y el **diagnóstico** de un cernimiento **anormal de mama.**
    - ***≤60 días:*** intervalo de tiempo entre **el diagnóstico** y el inicio del **tratamiento** para **cáncer de mama.**

  - ***Cáncer de Cuello Uterino:***
    - ***≤90 días:*** intervalo de tiempo entre el **cernimiento inicial** y el **diagnóstico** de un cernimiento **anormal de cuello uterino.**
    - ***≤60 días:*** intervalo de tiempo entre **el diagnóstico** y el inicio del **tratamiento** para **cáncer de cuello uterino invasivo.**
    - ***≤90 días:*** intervalo de tiempo **entre el diagnóstico** y el inicio del **tratamiento** para **neoplasia intraepitelial.**

Ciclos

- Ciclo de Cernimiento/Diagnóstico
  - Desde visita inicial hasta visita de diagnóstico
    - ≤60 días: Cáncer de Mama
    - ≤90 días: Cáncer de Cuello Uterino

- Si la participante comienza el ciclo pero no asiste a su última visita de diagnóstico para cerrarlo, el médico puede completar la forma clínica (incluyendo un comentario o razón para completar el ciclo sin la visita de diagnóstico) y facturar las visitas.

Servicios para Cáncer de Mama

- Cernimiento
  - Examen Clínico de Mama (CBE)
  - **Mamografías** de cernimiento
    - El programa no cubrirá métodos automatizados para realizar las mamografías: CAD y CT.

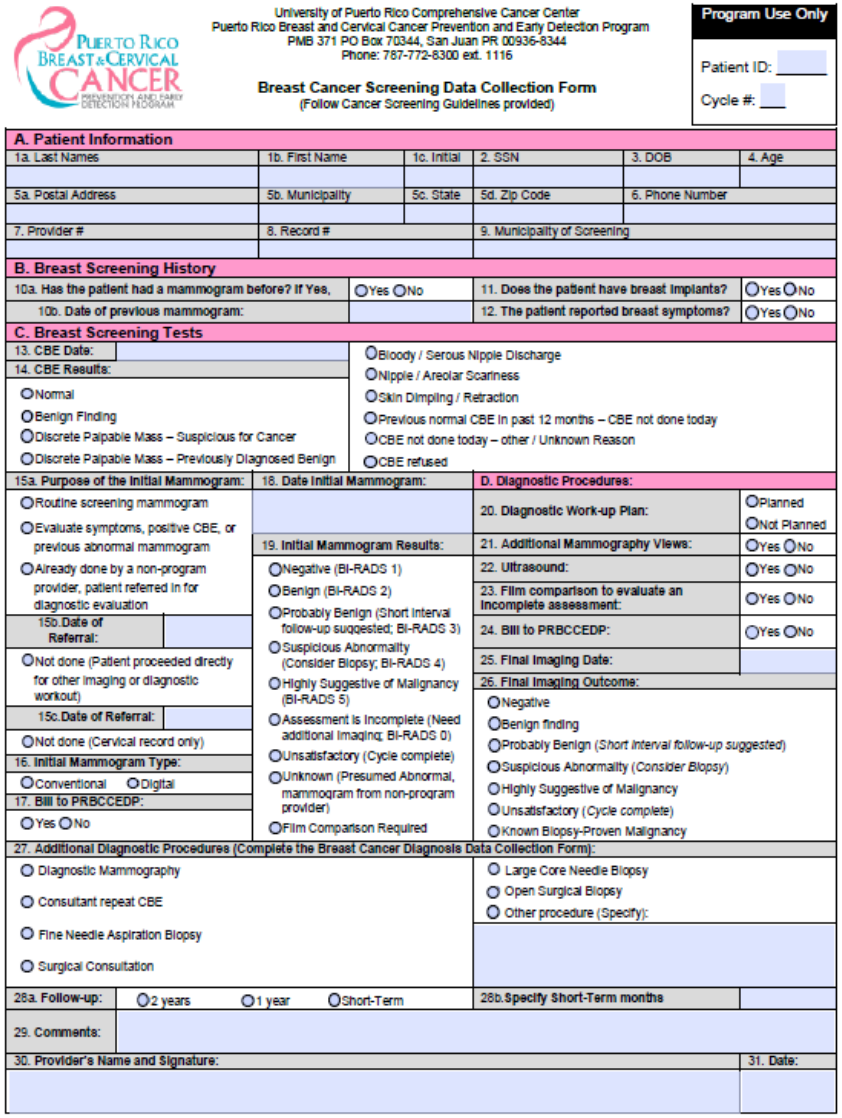
- Diagnóstico
  - Mamografía diagnóstica (Vistas adicionales o "spot compression") unilateral o bilateral
  - Sonomamografía unilateral o bilateral
  - Consulta de un cirujano
  - Biopsias
  - MRI – cumplir con los criterios establecidos para esta prueba

Servicios para de Cáncer de Cuello Uterino

- Cernimiento
  - **Examen pélvico**
  - Prueba de **Pap** (Convencional y "Thin Prep")
    - El programa no cubrirá métodos automatizados para realizar los Pap.
  - Prueba de **Pap** & Prueba de **HPV** de acuerdo a las guías de cernimiento para cáncer de cuello uterino (Algoritmos ASCCP).

- Diagnóstico
  - Consultas ginecológicas
  - Colposcopías: sin biopsia, con biopsia, con Endocervical Curettage (ECC)
  - Endocervical Curettage (ECC) solo
  - Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP), Cold-Knife Conization (CKC) y Laser Conization.
  - Otras biopsias (no colposcopía)

Formas de Cernimiento



University of Puerto Rico Comprehensive Cancer Center
Puerto Rico Breast and Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program
PMB 371 PO Box 70344, San Juan PR 00936-8344
Phone: 787-772-8300 ext. 1116

Breast Cancer Screening Data Collection Form
(Follow Cancer Screening Guidelines provided)

Program Use Only
Patient ID: ____
Cycle #: ___

A. Patient Information

1a. Last Names	1b. First Name	1c. Initial	2. SSN	3. DOB	4. Age
5a. Postal Address	**5b. Municipality**	**5c. State**	**5d. Zip Code**	**6. Phone Number**	
7. Provider #	**8. Record #**		**9. Municipality of Screening**		

B. Breast Screening History

10a. Has the patient had a mammogram before? If Yes,	○Yes ○No	11. Does the patient have breast implants?	○Yes ○No
10b. Date of previous mammogram:		12. The patient reported breast symptoms?	○Yes ○No

C. Breast Screening Tests

13. CBE Date:
14. CBE Results:
- ○Normal
- ○Benign Finding
- ○Discrete Palpable Mass – Suspicious for Cancer
- ○Discrete Palpable Mass – Previously Diagnosed Benign
- ○Bloody / Serous Nipple Discharge
- ○Nipple / Areolar Scariness
- ○Skin Dimpling / Retraction
- ○Previous normal CBE in past 12 months – CBE not done today
- ○CBE not done today – other / Unknown Reason
- ○CBE refused

15a. Purpose of the initial Mammogram:
- ○Routine screening mammogram
- ○Evaluate symptoms, positive CBE, or previous abnormal mammogram
- ○Already done by a non-program provider, patient referred in for diagnostic evaluation

15b. Date of Referral:
- ○Not done (Patient proceeded directly for other imaging or diagnostic workout)

15c. Date of Referral:
- ○Not done (Cervical record only)

16. Initial Mammogram Type:
- ○Conventional ○Digital

17. Bill to PRBCCEDP:
- ○Yes ○No

18. Date Initial Mammogram:

19. Initial Mammogram Results:
- ○Negative (BI-RADS 1)
- ○Benign (BI-RADS 2)
- ○Probably Benign (Short interval follow-up suggested; BI-RADS 3)
- ○Suspicious Abnormality (Consider Biopsy; BI-RADS 4)
- ○Highly Suggestive of Malignancy (BI-RADS 5)
- ○Assessment is Incomplete (Need additional imaging; BI-RADS 0)
- ○Unsatisfactory (Cycle complete)
- ○Unknown (Presumed Abnormal, mammogram from non-program provider)
- ○Film Comparison Required

D. Diagnostic Procedures:

20. Diagnostic Work-up Plan:	○Planned ○Not Planned
21. Additional Mammography Views:	○Yes ○No
22. Ultrasound:	○Yes ○No
23. Film comparison to evaluate an incomplete assessment:	○Yes ○No
24. Bill to PRBCCEDP:	○Yes ○No
25. Final Imaging Date:	

26. Final Imaging Outcome:
- ○Negative
- ○Benign finding
- ○Probably Benign (*Short interval follow-up suggested*)
- ○Suspicious Abnormality (*Consider Biopsy*)
- ○Highly Suggestive of Malignancy
- ○Unsatisfactory (Cycle complete)
- ○Known Biopsy-Proven Malignancy

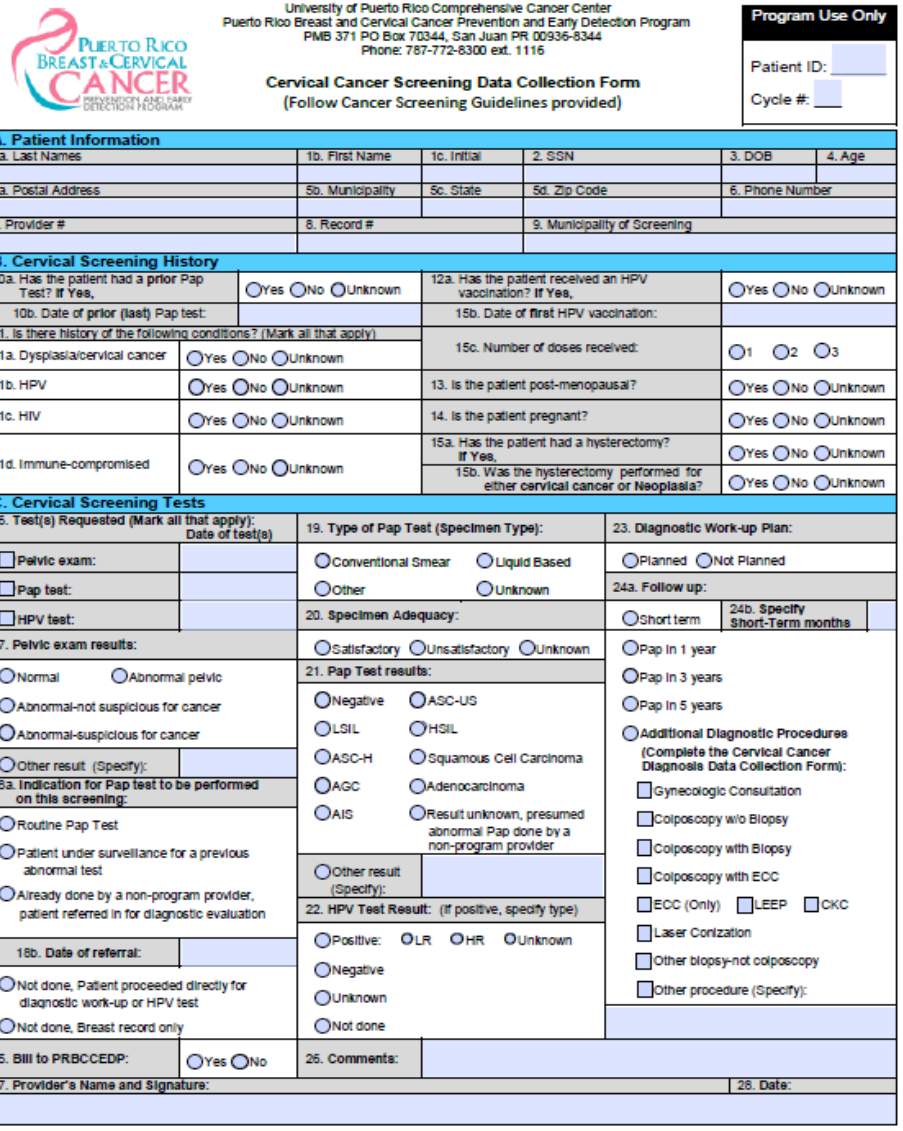
27. Additional Diagnostic Procedures (Complete the Breast Cancer Diagnosis Data Collection Form):
- ○Diagnostic Mammography
- ○Consultant repeat CBE
- ○Fine Needle Aspiration Biopsy
- ○Surgical Consultation
- ○Large Core Needle Biopsy
- ○Open Surgical Biopsy
- ○Other procedure (Specify):

28a. Follow-up: ○2 years ○1 year ○Short-Term — 28b. Specify Short-Term months

29. Comments:

30. Provider's Name and Signature: — 31. Date:

Form-BS101-E (Rev 12/2013) | Original (Program) – Copy (Medical record) | Page 1 of 1



University of Puerto Rico Comprehensive Cancer Center
Puerto Rico Breast and Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program
PMB 371 PO Box 70344, San Juan PR 00936-8344
Phone: 787-772-8300 ext. 1116

Cervical Cancer Screening Data Collection Form
(Follow Cancer Screening Guidelines provided)

Program Use Only
Patient ID: ____
Cycle #: ___

A. Patient Information

1a. Last Names	1b. First Name	1c. Initial	2. SSN	3. DOB	4. Age
5a. Postal Address	**5b. Municipality**	**5c. State**	**5d. Zip Code**	**6. Phone Number**	
7. Provider #	**8. Record #**		**9. Municipality of Screening**		

B. Cervical Screening History

10a. Has the patient had a prior Pap Test? If Yes,	○Yes ○No ○Unknown	12a. Has the patient received an HPV vaccination? If Yes,	○Yes ○No ○Unknown
10b. Date of prior (last) Pap test:		15b. Date of first HPV vaccination:	
11. Is there history of the following conditions? (Mark all that apply)		15c. Number of doses received:	○1 ○2 ○3
11a. Dysplasia/cervical cancer	○Yes ○No ○Unknown	13. Is the patient post-menopausal?	○Yes ○No ○Unknown
11b. HPV	○Yes ○No ○Unknown	14. Is the patient pregnant?	○Yes ○No ○Unknown
11c. HIV	○Yes ○No ○Unknown	15a. Has the patient had a hysterectomy? If Yes,	○Yes ○No ○Unknown
11d. Immune-compromised	○Yes ○No ○Unknown	15b. Was the hysterectomy performed for either cervical cancer or Neoplasia?	○Yes ○No ○Unknown

C. Cervical Screening Tests

16. Test(s) Requested (Mark all that apply): Date of test(s)
- ☐Pelvic exam:
- ☐Pap test:
- ☐HPV test:

17. Pelvic exam results:
- ○Normal ○Abnormal pelvic
- ○Abnormal-not suspicious for cancer
- ○Abnormal-suspicious for cancer
- ○Other result (Specify):

18a. Indication for Pap test to be performed on this screening:
- ○Routine Pap Test
- ○Patient under surveillance for a previous abnormal test
- ○Already done by a non-program provider, patient referred in for diagnostic evaluation

18b. Date of referral:
- ○Not done, Patient proceeded directly for diagnostic work-up or HPV test
- ○Not done, Breast record only

19. Type of Pap Test (Specimen Type):
- ○Conventional Smear ○Liquid Based
- ○Other ○Unknown

20. Specimen Adequacy:
- ○Satisfactory ○Unsatisfactory ○Unknown

21. Pap Test results:
- ○Negative ○ASC-US
- ○LSIL ○HSIL
- ○ASC-H ○Squamous Cell Carcinoma
- ○AGC ○Adenocarcinoma
- ○AIS ○Result unknown, presumed abnormal Pap done by a non-program provider
- ○Other result (Specify):

22. HPV Test Result: (If positive, specify type)
- ○Positive: ○LR ○HR ○Unknown
- ○Negative
- ○Unknown
- ○Not done

23. Diagnostic Work-up Plan: ○Planned ○Not Planned

24a. Follow up: ○Short term — 24b. Specify Short-Term months
- ○Pap in 1 year
- ○Pap in 3 years
- ○Pap in 5 years
- ○Additional Diagnostic Procedures (Complete the Cervical Cancer Diagnosis Data Collection Form):
  - ☐Gynecologic Consultation
  - ☐Colposcopy w/o Biopsy
  - ☐Colposcopy with Biopsy
  - ☐Colposcopy with ECC
  - ☐ECC (Only) ☐LEEP ☐CKC
  - ☐Laser Conization
  - ☐Other biopsy-not colposcopy
  - ☐Other procedure (Specify):

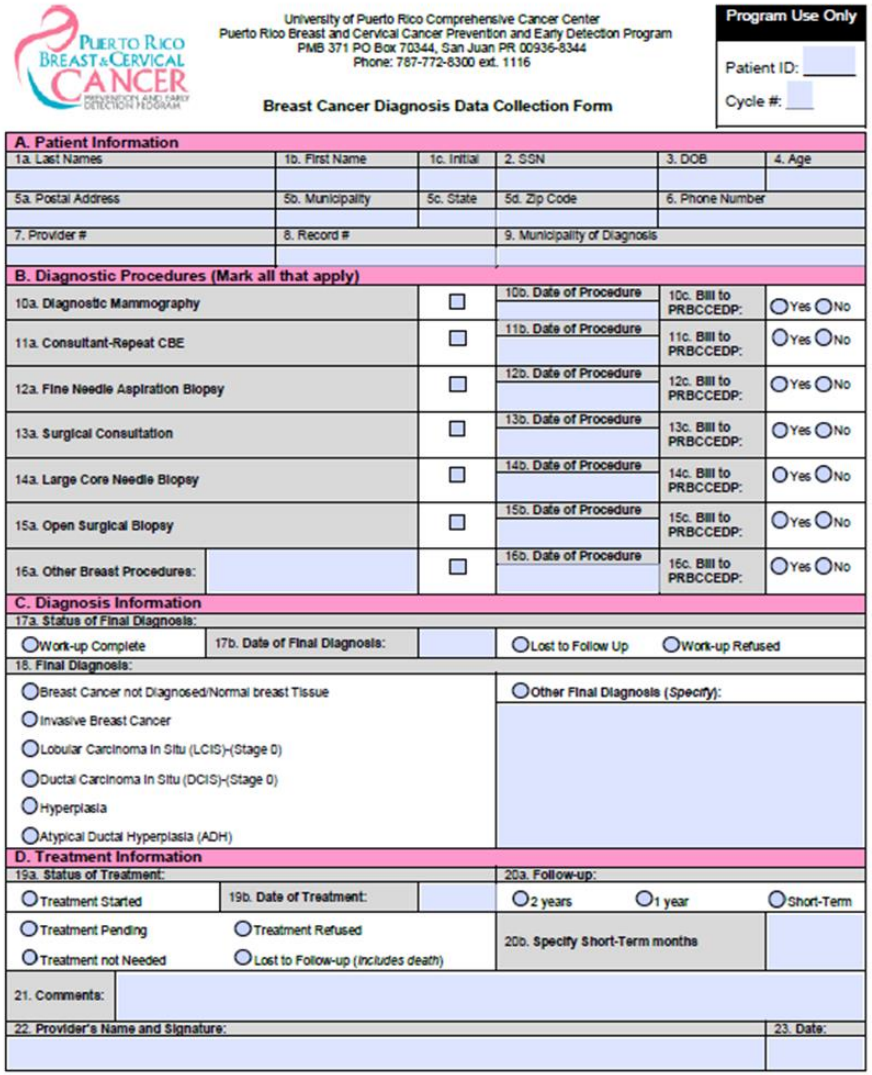
25. Bill to PRBCCEDP: ○Yes ○No

26. Comments:

27. Provider's Name and Signature: — 28. Date:

Form CS101-E (Rev 12/2013) | Original (Program) – Copy (Medical Record) | Page 1 of 1

Formas de Diagnóstico



University of Puerto Rico Comprehensive Cancer Center
Puerto Rico Breast and Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program
PMB 371 PO Box 70344, San Juan PR 00936-8344
Phone: 787-772-8300 ext. 1116

Breast Cancer Diagnosis Data Collection Form

Program Use Only
Patient ID: ____
Cycle #: ____

A. Patient Information

1a. Last Names	1b. First Name	1c. Initial	2. SSN	3. DOB	4. Age
5a. Postal Address	**5b. Municipality**	**5c. State**	**5d. Zip Code**	**6. Phone Number**	
7. Provider #	**8. Record #**		**9. Municipality of Diagnosis**		

B. Diagnostic Procedures (Mark all that apply)

10a. Diagnostic Mammography	☐	10b. Date of Procedure	10c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
11a. Consultant-Repeat CBE	☐	11b. Date of Procedure	11c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
12a. Fine Needle Aspiration Biopsy	☐	12b. Date of Procedure	12c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
13a. Surgical Consultation	☐	13b. Date of Procedure	13c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
14a. Large Core Needle Biopsy	☐	14b. Date of Procedure	14c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
15a. Open Surgical Biopsy	☐	15b. Date of Procedure	15c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
16a. Other Breast Procedures:	☐	16b. Date of Procedure	16c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No

C. Diagnosis Information

17a. Status of Final Diagnosis:
◯Work-up Complete | 17b. Date of Final Diagnosis: | ◯Lost to Follow Up ◯Work-up Refused

18. Final Diagnosis:
◯Breast Cancer not Diagnosed/Normal breast Tissue
◯Invasive Breast Cancer
◯Lobular Carcinoma In Situ (LCIS)-(Stage 0)
◯Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)-(Stage 0)
◯Hyperplasia
◯Atypical Ductal Hyperplasia (ADH)
◯Other Final Diagnosis (*Specify*):

D. Treatment Information

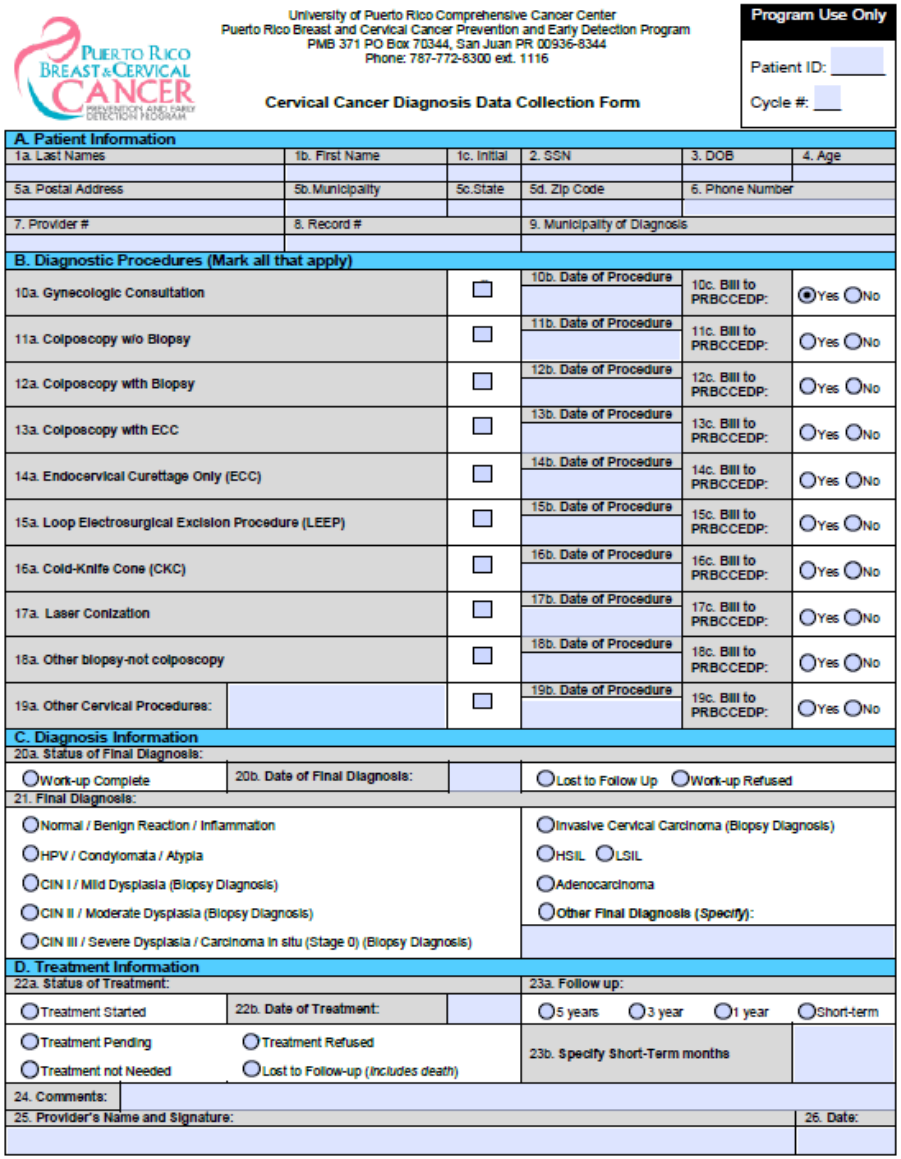
19a. Status of Treatment:
◯Treatment Started | 19b. Date of Treatment:
◯Treatment Pending ◯Treatment Refused
◯Treatment not Needed ◯Lost to Follow-up (*includes death*)

20a. Follow-up:
◯2 years ◯1 year ◯Short-Term
20b. Specify Short-Term months

21. Comments:

22. Provider's Name and Signature: | 23. Date:

Form BD101-E (Rev 12/2013) | Original (Program) – Copy (Medical Record) | Page 1 of 1



University of Puerto Rico Comprehensive Cancer Center
Puerto Rico Breast and Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program
PMB 371 PO Box 70344, San Juan PR 00936-8344
Phone: 787-772-8300 ext. 1116

Cervical Cancer Diagnosis Data Collection Form

Program Use Only
Patient ID: ____
Cycle #: ____

A. Patient Information

1a. Last Names	1b. First Name	1c. Initial	2. SSN	3. DOB	4. Age
5a. Postal Address	**5b. Municipality**	**5c. State**	**5d. Zip Code**	**6. Phone Number**	
7. Provider #	**8. Record #**		**9. Municipality of Diagnosis**		

B. Diagnostic Procedures (Mark all that apply)

10a. Gynecologic Consultation	☐	10b. Date of Procedure	10c. Bill to PRBCCEDP:	◉Yes ◯No
11a. Colposcopy w/o Biopsy	☐	11b. Date of Procedure	11c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
12a. Colposcopy with Biopsy	☐	12b. Date of Procedure	12c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
13a. Colposcopy with ECC	☐	13b. Date of Procedure	13c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
14a. Endocervical Curettage Only (ECC)	☐	14b. Date of Procedure	14c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
15a. Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP)	☐	15b. Date of Procedure	15c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
16a. Cold-Knife Cone (CKC)	☐	16b. Date of Procedure	16c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
17a. Laser Conization	☐	17b. Date of Procedure	17c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
18a. Other biopsy-not colposcopy	☐	18b. Date of Procedure	18c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No
19a. Other Cervical Procedures:	☐	19b. Date of Procedure	19c. Bill to PRBCCEDP:	◯Yes ◯No

C. Diagnosis Information

20a. Status of Final Diagnosis:
◯Work-up Complete | 20b. Date of Final Diagnosis: | ◯Lost to Follow Up ◯Work-up Refused

21. Final Diagnosis:
◯Normal / Benign Reaction / Inflammation
◯HPV / Condylomata / Atypia
◯CIN I / Mild Dysplasia (Biopsy Diagnosis)
◯CIN II / Moderate Dysplasia (Biopsy Diagnosis)
◯CIN III / Severe Dysplasia / Carcinoma in situ (Stage 0) (Biopsy Diagnosis)
◯Invasive Cervical Carcinoma (Biopsy Diagnosis)
◯HSIL ◯LSIL
◯Adenocarcinoma
◯Other Final Diagnosis (*Specify*):

D. Treatment Information

22a. Status of Treatment:
◯Treatment Started | 22b. Date of Treatment:
◯Treatment Pending ◯Treatment Refused
◯Treatment not Needed ◯Lost to Follow-up (*includes death*)

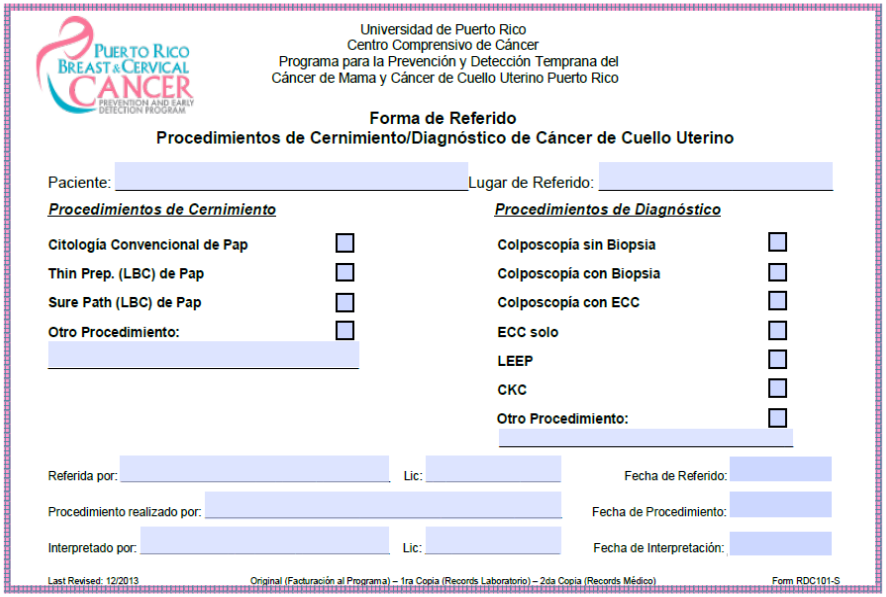
23a. Follow-up:
◯5 years ◯3 year ◯1 year ◯Short-term
23b. Specify Short-Term months

24. Comments:

25. Provider's Name and Signature: | 26. Date:

Form CD101-E (Rev 12/2013) | Original (Program) – Copy (Medical Record) | Page 1 of 1

Formas de Referido



Universidad de Puerto Rico
Centro Comprensivo de Cáncer
Programa para la Prevención y Detección Temprana del
Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino Puerto Rico

Forma de Referido
Procedimientos de Cernimiento/Diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino

Paciente: _____ Lugar de Referido: _____

Procedimientos de Cernimiento

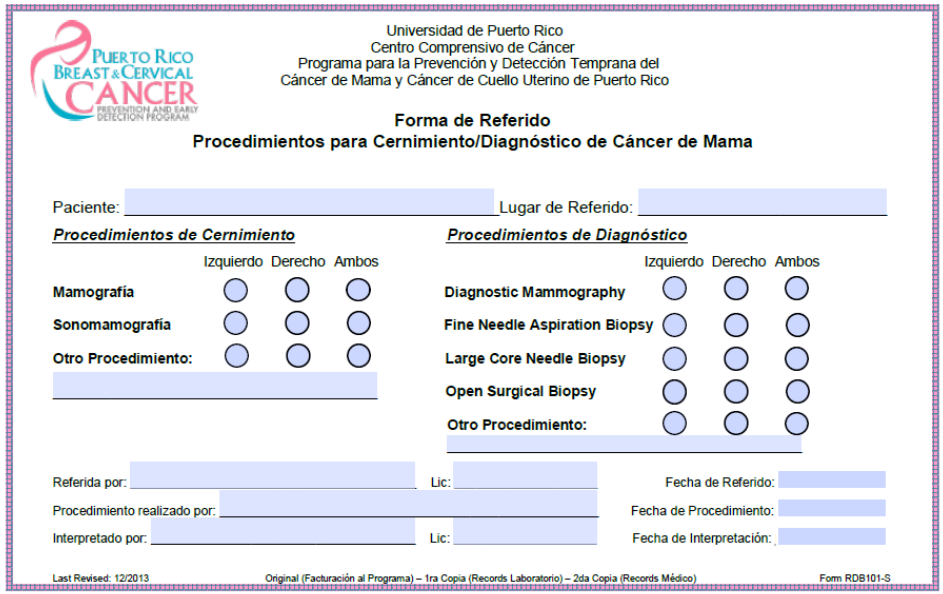
- Citología Convencional de Pap ☐
- Thin Prep. (LBC) de Pap ☐
- Sure Path (LBC) de Pap ☐
- Otro Procedimiento: ☐

Procedimientos de Diagnóstico

- Colposcopía sin Biopsia ☐
- Colposcopía con Biopsia ☐
- Colposcopía con ECC ☐
- ECC solo ☐
- LEEP ☐
- CKC ☐
- Otro Procedimiento: ☐

Referida por: _____ Lic: _____ Fecha de Referido: _____
Procedimiento realizado por: _____ Fecha de Procedimiento: _____
Interpretado por: _____ Lic: _____ Fecha de Interpretación: _____

Last Revised: 12/2013 Original (Facturación al Programa) – 1ra Copia (Records Laboratorio) – 2da Copia (Records Médico) Form RDC101-S



Universidad de Puerto Rico
Centro Comprensivo de Cáncer
Programa para la Prevención y Detección Temprana del
Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino de Puerto Rico

Forma de Referido
Procedimientos para Cernimiento/Diagnóstico de Cáncer de Mama

Paciente: _____ Lugar de Referido: _____

Procedimientos de Cernimiento

	Izquierdo	Derecho	Ambos
Mamografía	○	○	○
Sonomamografía	○	○	○
Otro Procedimiento:	○	○	○

Procedimientos de Diagnóstico

	Izquierdo	Derecho	Ambos
Diagnostic Mammography	○	○	○
Fine Needle Aspiration Biopsy	○	○	○
Large Core Needle Biopsy	○	○	○
Open Surgical Biopsy	○	○	○
Otro Procedimiento:	○	○	○

Referida por: _____ Lic: _____ Fecha de Referido: _____
Procedimiento realizado por: _____ Fecha de Procedimiento: _____
Interpretado por: _____ Lic: _____ Fecha de Interpretación: _____

Last Revised: 12/2013 Original (Facturación al Programa) – 1ra Copia (Records Laboratorio) – 2da Copia (Records Médico) Form RDB101-S

Laboratorio

- Indicar en boleta o requisición que el método de pago será el programa.
  - Escribir UPRCCC en la sección de método de pago (“Medical Insurance”)

- También, acompañar la muestra con copia del compromiso de pago.

Tarifas

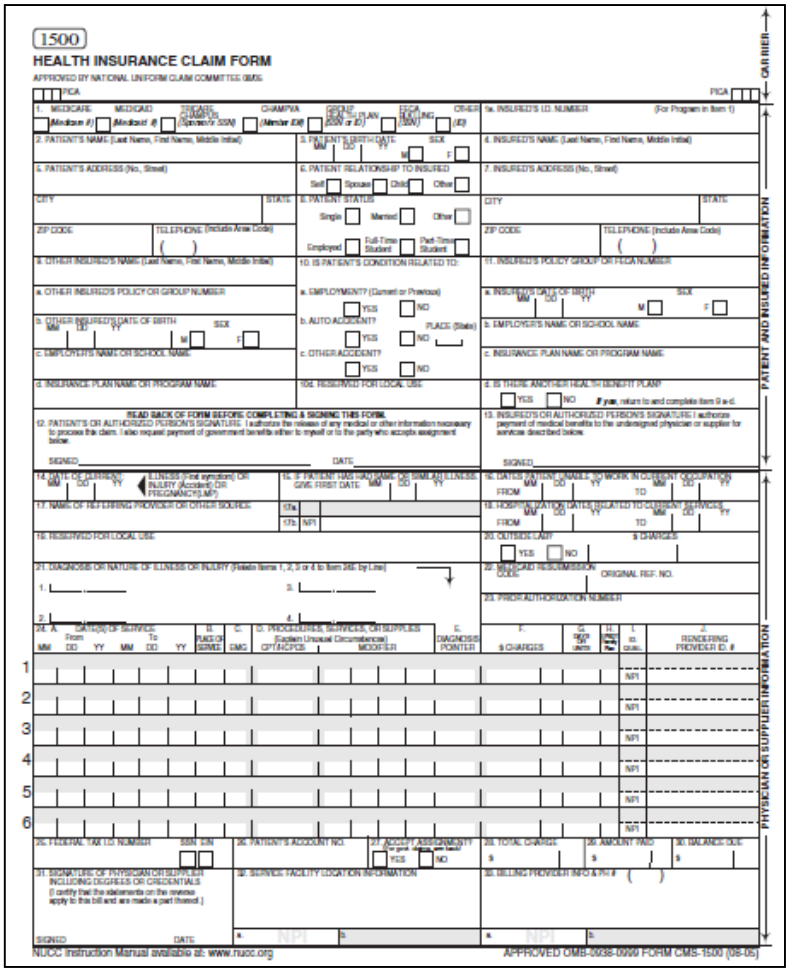
- Tarifas a base de Medicare Physician Fee Schedule (Non-Facility Fee) y Clinical Laboratory Fee Schedule.

- Envío del documento "NBCCEDP Allowable Procedures and Relevant CPT® Codes" a todos los proveedores anualmente.

- **No se permite el cobro de deducible o diferencia a las participantes del programa.**

Facturación

- Documentos para facturación al programa:
  - Factura (1500, UB-04 u otro método)
    - Nombre de la participante, fecha de nacimiento, información del proveedor (nombre, direcciones física/postal y NPI) fecha del servicio, códigos CPT y tarifas.
  - Formas clínicas del programa debidamente completadas (Médicos)
  - Resultados (Laboratorios y Centros de Imágen)
  - Copias de compromisos de pago asociadas a los servicios ofrecidos
- Enviar los documentos durante los primeros 7 días laborables de cada mes.



Envío de Documentos

- Se enviarán al UPRCCC
  - Taína De La Torre (Data Manager)
    - Email: tdelatorre@cccupr.org
      - documentos deben estar protegidos con el password que provee el programa

    - Correo regular: Universidad de Puerto Rico
      Centro Comprensivo de Cáncer
      PRBCCEDP
      PO BOX 363027
      San Juan PR, 00936-3027

    - Personalmente/mensajero: Universidad de Puerto Rico,
      Centro Comprensivo de Cáncer
      Piso 2, Complejo del Centro Médico
      San Juan, PR 00935

    - **No se aceptan documentos vía fax.**

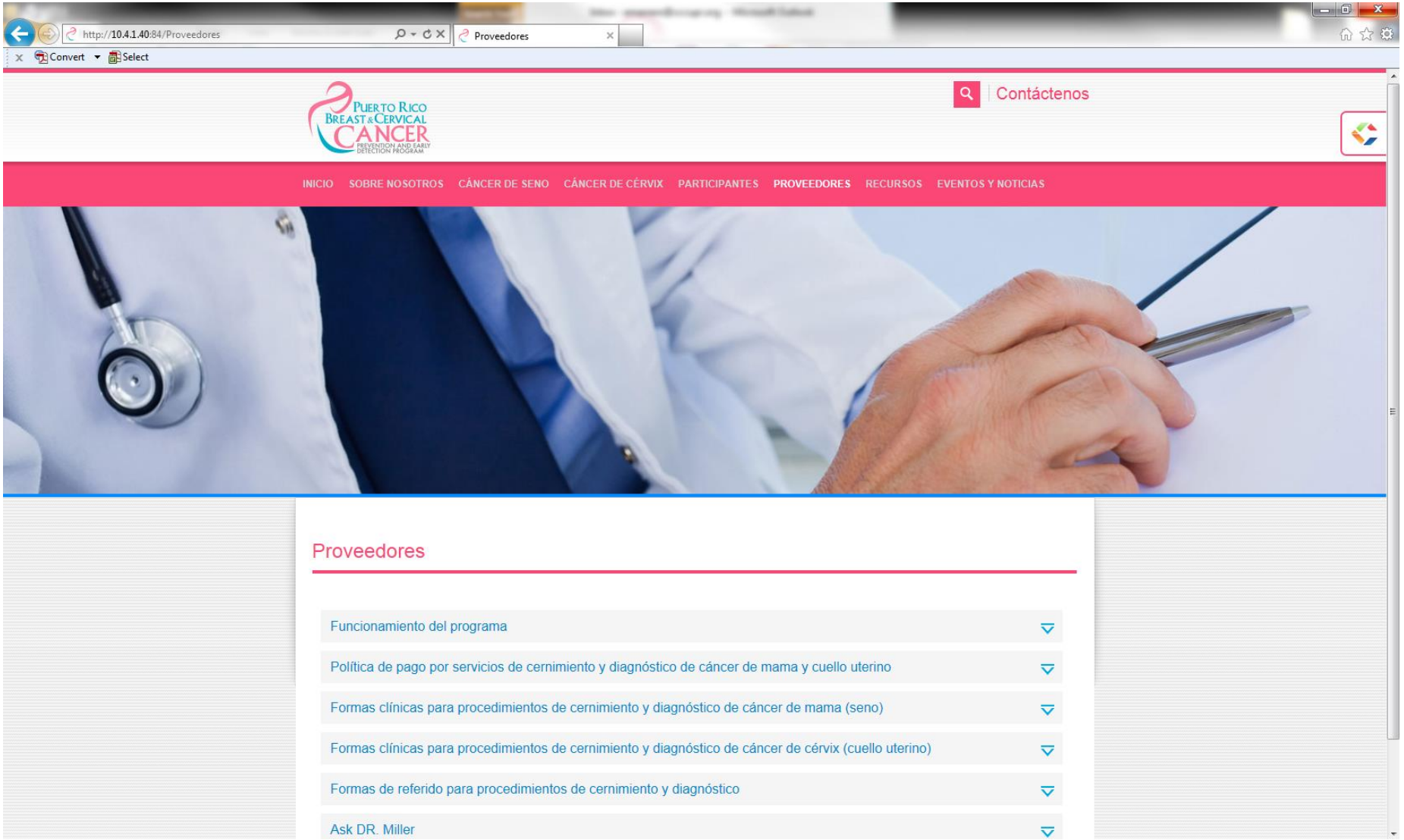
Aprobación y Pago

- Búsqueda en las bases de datos para asegurar:
  - la paciente es participante del programa
  - los servicios no hayan sido facturados anteriormente
  - los servicios fueron los aprobados por el programa
- Verificar que las formas clínicas y las facturas esten debidamente completadas.
  - Los documentos que tienen información incompleta o errores se devuelven al proveerdor para correciones antes de aprobar el pago.
- UPRCCC paga los servicios de los proveedores que tienen contrato directo.
- SAC paga los servicios de los proveedores que **no** tienen contrato con el UPRCCC.

Página Electrónica

http://www.cancerdesenoycuellouterino.com o
http://www.cancerdesenoycuellouterino.org

Página Electrónica



Facebook


Control de Cáncer PR
Miri
Home
YO SOY SOBREVIVIENTE
Create Page
Recent
2015
Sponsored
Control de Cáncer PR
Non-Profit Organization
Use App
Like
Message
Timeline
About
Photos
Likes
Videos
3,966 people like this
Velisse Soto and 4 other friends
Invite friends to like this Page
Post
Photo / Video
Write something...
Post
ABOUT
PMB #315 PO BOX 70344
San Juan, PR
Save
(787) 772-8300
http://www.controldecancerpr.org/
PHOTOS
Control de Cáncer PR
August 13
¡Conoce más sobre nosotros!
Control de Cáncer de Puerto Rico reúne varios programas relacionados a la prevención, detección, control y educación relacionada al Cáncer; tales como el Programa de Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello Uterino, el Programa de Control Comprensivo, y el Registro Central de Cáncer, en un solo lugar.
Conoce más sobre nosotros en http://www.controldecancerpr.org/
$12 This Chic Blouse
Women's Fashion Blouses $5-$15, All Styles & Best Price, New Sign Up Get 10% Off !
Leida Martínez likes this
DIRECTV® Puerto Rico
www2.directvpr.com/directv...
Nunca Imaginaste Vivir HD ASÍ: Showtime Gratis X 3 Meses + HD y DVR Gratis + $0 de Pago In...

Material Educativo

Contactos

Omayra Salgado (Public Education and Outreach Coordinator)
Tel: (787) 522-3265 / 772-8300 Ext. 1122
E-mail: osalgado@cccupr.org

Diana Guzmán (Case Manager and Patient Navigator)
Tel: (787) 522-3266 / 772-8300 Ext. 1120
E-mail: dguzman@cccupr.org

Taína De La Torre (Data Manager and Quality Coordinator)
Tel: (787) 772-8300 Ext. 1116
E-mail: tdelatorre@cccupr.org

Puerto Rico Breast & Cervical Cancer Prevention and Early Detection Program

National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

Centro Comprensivo de Cáncer
universidad de puerto rico