

<b>Client Name:</b> _____  <b>DOB:</b> _____  <b>Address:</b> _____  <b>Phone:</b> _____	<b>Referred to:</b>  <b>Physician / Facility:</b> _____  <b>Address:</b> _____  <b>Phone:</b> _____
<b>Scheduled Appointment Date:</b> _____ <b>Time:</b> _____  <b>Clinical Information:</b> _____  <b>Breast Implants: Y / N    History of Breast Cancer: Y / N    Interpreter needed: Y / N    If yes, language:</b> _____	

<b>SCHEDULED EXAMS</b>	
<p align="center"><i>No Prior Authorization or Approval Required</i></p> <input type="checkbox"/> Screening Mammogram <input checked="" type="checkbox"/> <b>Left / Right / Bilateral</b> 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 <b>Left / Right</b> <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 <b>With / Without Contrast</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Left / Right / Bilateral</b> Diagnostic MRI (Not TennCare Eligible*) requires CO approval** <b>With / Without Contrast</b> <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>

**تعليمات للمعملاء (CLIENT INSTRUCTIONS)**

إن برنامج فحص الثدي وعنق الرحم في ولاية تينيسي (TBCSP) سيتولى دفع ثمن هذا الموعد. هذا التقويض هو فقط لزيارة العيادة أو الفحص بها كما هو موضح أعلاه. المواعيد والإجراءات الإضافية ستتطلب تفويضًا إضافيًا. فحوصات متابعة الثدي و/أو فحص الخلايا و/أو اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) يجب إكمالها لدى مقدم الرعاية الذي قام بالإحالة أو الموافقة عليها من جانبه.

خذي بطاقة هوية بها صورة شخصية وقائمة بالأدوية عند ذهابك إلى الموعد. إذا كنت ذاهبة إلى استشارة جراحية بخصوص مشاكل في الثدي، فخذي صورة الثدي بالأشعة السينية (الماموغرام) و/أو أفلام الموجات فوق الصوتية معك إلى موعدك.

أي فحوصات للدم أو فحوصات إضافية أو إجراءات إضافية. يرجى TBCSP هو برنامج محدود للمساعدة في الخدمات. لا يغطي برنامج TBCSP إن برنامج مراجعة مقدم الرعاية الصحية للتأكد من أن أي فحوصات يتم إجراؤها ضرورية للزيارة التي تم تحديد موعدها. إذا أوصي بعملية جراحية، فلا بد لك من . إذا لم تفعل ذلك، فستكونين مسؤولة عن دفع أي رسوم أو مصاريف TennCare. الاتصال بإدارة الصحة أولاً لإجراء تقييم افتراضات الأهلية من برنامج

<b>PROVIDER INSTRUCTIONS</b>	
<i>*Completion of this form assumes client's eligibility into TBCSP and the presence of a signed, current consent form</i>	
<b>Submit billing to:</b> 710 James Robertson Pkwy 8 <sup>th</sup> Floor, Attn: TBCSP Nashville, TN 37243	<b>Submit all reports to:</b> (Health Department/Clinic Label or Stamp)
<b>Clinic Staff:</b> _____	<b>Date:</b> _____
<b>PRINT / SIGN</b>	