

CNS Paragraph Form

Date: 02.01.12

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0232	
Version Number	00001	
Effective Date	2012	(YYMMDD)
Title	Individual in the FPBP PE Period, Accept Family Planning Benefit Program	
Comment		
Reason Code	D12	

We have accepted your application dated _____ for the Family Planning Benefit Program effective _____ for:

Name Client I.D. #

As an individual who met certain guidelines when screened by your provider, you were given a period of presumptive eligibility coverage under the Family Planning Benefit Program.

Based on a full eligibility determination, you have been determined to be eligible for ongoing benefits through the Family Planning Benefit Program.

You are eligible for Family Planning Benefit Program covered and related services, including:

- Most FDA approved birth control methods, devices, and supplies (e.g., birth control pills, injectables, or patches, condoms, diaphragms, IUDs)
- Transportation
- Emergency contraception services and follow-up care (Plan B is covered)
- Male and female sterilization
- Preconception counseling and preventive screening and family planning options **before** pregnancy

The following additional services are considered family planning only when provided within the context of a family planning visit and when the service provided is directly related to family planning:

- Pregnancy testing and counseling
- Comprehensive health history and physical examination, including breast exam and referrals to primary care providers as indicated (**Mammograms are not covered**).
- Screening and treatment for sexually transmitted infections (STI's)
- Screening for cervical cancer and urinary tract or female-related infections

- Screening and related diagnostic laboratory testing for medical conditions that affect the choice of birth control, e.g. a history of diabetes, high blood pressure, smoking, blood clots, etc.
- HIV counseling and testing
- Counseling services related to pregnancy, informed consent, and STD/HIV risk counseling
- Bone density scan (**only for women who plan to use or are currently using Depo-Provera**)
- Ultrasound (**to assess placement of an intrauterine device**)

This decision is based Section 366(1)(a)(11) of the Social Services Law.

ATTACH FPBP FACT SHEET

~S\

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para el programa de Planificación Familiar a partir de _____ para:

Nombre No. de ID del cliente:

Dado que usted es una persona que reunió las condiciones según la evaluación del profesional de salud, a usted se le otorga habilitación presunta para el Programa de Planificación Familiar.

En base a una determinación completa para el Programa de Beneficios de Planificación Familiar, usted habilita para recibir servicios continuos del Programa de Planificación Familiar.

Usted habilita para recibir servicios del Programa de Planificación Familiar, entre otros:

- La mayoría de métodos anticonceptivos, dispositivos y suministros aprobados por la FDA (por ejem., píldoras anticonceptivas, inyecciones o parches, condones, diafragmas, dispositivos intrauterinos)
- Transporte
- Servicios anticonceptivos de emergencia y atención de salud de seguimiento (cobertura de Plan B)
- Esterilización masculina y femenina
- Asesoría sobre planificación familiar y detección preventiva y opciones de planificación familiar **antes** del embarazo

Los siguientes servicios adicionales se consideran planificación familiar solamente cuando se suministran en una visita de planificación familiar y cuando dicho servicio está relacionado directamente con planificación familiar:

- Prueba de embarazo y asesoramiento
- Historial completo de salud y examen físico, inclusive examen de senos y derivaciones a profesionales de cuidados primarios según indicación médica **(los mamogramas no están cubiertos)**.
- Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Detección de cáncer cervical e infecciones de las vías urinarias y demás infecciones de la mujer
- Detección y pruebas de laboratorio pertinentes con motivo de detectar afecciones médicas que afecten el tipo de control de natalidad que se usa, por ejemplo, antecedente de diabetes, alta presión, fumador, coágulos, etc.
- Asesoramiento y pruebas de VIH
- Asesoramiento sobre embarazo, consentimiento informado, y sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y sobre el VIH
- Densitometría ósea **(solamente para las mujeres que piensan usar o están usando el Depo-Provera)**
- Ultrasonido **(con motivo de evaluar colocación de dispositivo intrauterino)**

Esta decisión se basa en la Sección 366 (1)(a)(11) de la Ley de Servicios Sociales.