



**CARTA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PROGRAMAS DE REEMBOLSO DE LEA BOP Y CYBHI**

**Formulario de Intercambio de Información de Salud y Consentimiento**

El Distrito participa en los programas de la Opción de Facturación de Medi-Cal de la Agencia Educativa Local (LEA BOP) y la Iniciativa de Salud de Conducta para Niños y Jóvenes (CYBHI) que financian servicios esenciales de salud, salud de conducta y salud mental para los estudiantes. El BOP de LEA permite que el Distrito reciba el reembolso de la parte federal de la tarifa máxima permitida para los servicios relacionados con la salud aprobados proporcionados por profesionales de servicios de salud calificados a los estudiantes elegibles para Medi-Cal. El programa de costos de CYBHI permite que el Distrito reciba reembolsos por servicios elegibles de salud de conducta y salud mental proporcionados a estudiantes cubiertos por planes de atención administrada de Medi-Cal, Medi-Cal-Fee-for-Service, planes privados de servicios de atención médica y aseguradoras de discapacidad. - Al dar su consentimiento, usted permite que el Distrito solicite un reembolso de Medi-Cal y/o aseguradoras privadas para ayudar a cubrir estos servicios **sin costo alguno para usted. Nunca se le cobrará por los servicios que su estudiante pueda recibir.**

Su consentimiento permite a Paradigm Healthcare Services, LLC., nuestro socio de facturación, compartir de forma segura los registros necesarios con Medi-Cal o con los administradores externos de la Lista de tarifas de CYBHI. Toda la información se maneja de manera confidencial y está protegida por las leyes federales de privacidad, incluidas FERPA e HIPAA, y las leyes y regulaciones estatales. **Tenga en cuenta que, ya sea que dé su consentimiento o no, su estudiante continuará recibiendo los servicios que necesita.** Sin embargo, completar este formulario garantiza que podamos mantener y expandir estos servicios para todos los estudiantes.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: POR FAVOR COMPLETE**

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Si se conoce) \_\_\_\_\_

ASEGURADORA PRIMARIA: Ingrese el nombre completo del plan de salud (por ejemplo, "Kaiser Permanente Medi-Cal") \_\_\_\_\_

TITULAR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA: (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

PÓLIZA/ID DE MIEMBRO: (Si está cubierto por Medi-Cal, use el número BIC) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE GRUPO: (Si se conoce) \_\_\_\_\_

SI USTED NO ESTÁ ASEGURADO  Me gustaría recibir más información. Por favor, revele mi nombre, dirección y número de teléfono a un trabajador autorizado de inscripción de seguros.

## CONSENTIMIENTO: POR FAVOR, COMPLETE

Revise la información a continuación e indique su consentimiento

- Solo los registros de salud apropiados de los registros educativos de mi hijo serán divulgados por el distrito y Paradigm Healthcare Services, LLC., para facturar a Medi-Cal o al programa de costos de CYBHI.

- Los registros se **compartirán de forma segura** con los administradores externos (TPA) de Medi-Cal y DHCS para su reembolso, y toda la información se mantendrá **confidencial de acuerdo con las leyes de privacidad de FERPA e HIPAA, y las leyes y regulaciones estatales.**

- Entiendo que **el Distrito nunca me cobrará por estos servicios.**

- Entiendo que **mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.**

Doy **mi consentimiento** para la divulgación de los registros de mi estudiante y el acceso a sus beneficios, para fines de facturación.

No **doy mi consentimiento** para la divulgación de los registros de mi estudiante y el acceso a sus beneficios para fines de facturación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

## Preguntas frecuentes - Facturación de servicios escolares

### 1. ¿Qué servicios se facturan bajo los programas de facturación basados en la escuela?

*El Distrito participa en dos programas de facturación: la Opción de Facturación de LEA Medi-Cal y la Lista de Tarifas de CYBHI.*

*Estos programas permiten al Distrito recuperar fondos para los servicios de salud, de conducta y de salud mental que se brindan a los estudiantes en la escuela.*

*Algunos ejemplos de servicios facturables son la terapia del habla, la terapia ocupacional, la fisioterapia, los servicios de salud mental y de conducta, y ciertas evaluaciones y tratamientos. Estos fondos ayudan a apoyar y mejorar la prestación de estos servicios esenciales para todos los estudiantes del Distrito.*

### 2. ¿Alguna vez el distrito me facturará por los servicios escolares que recibe mi hijo?

*No. Nunca recibirá una factura del Distrito, independientemente de la cobertura de seguro de su hijo.*

### 3. ¿Tengo que participar de alguna manera en el proceso de facturación?

*Solo tendrá que proporcionar al Distrito la información de su seguro y su consentimiento para divulgar los registros apropiados para fines de facturación. Los padres no tienen responsabilidades adicionales en el proceso.*

### 4. ¿Estos programas de facturación (y mi consentimiento) afectan de alguna manera los beneficios del seguro de mi hijo?

*Si su estudiante está cubierto por Medi-Cal solamente: La participación en estos programas de facturación no reducirá ni afectará negativamente los beneficios de Medi-Cal de su hijo.*

*Si su estudiante tiene cobertura de seguro privado adicional, secundaria a Medi-Cal: En algunos casos, Medi-Cal puede solicitar el reembolso (pagos de responsabilidad de terceros) de su aseguradora secundaria por los servicios cubiertos facturados a través del programa de facturación de Medi-Cal de LEA. Esto podría afectar los límites de beneficios de su plan de seguro privado, dependiendo de su póliza.*

*Si su estudiante no está cubierto por Medi-Cal: El Distrito solo facturará a su aseguradora por los servicios de comportamiento o salud mental que su estudiante reciba en la escuela (Programa de Programa de Tarifas de CYBHI). Se recomienda que consulte con su proveedor de seguros para comprender cómo las reclamaciones presentadas a través de la Lista de tarifas de CYBHI pueden afectar las limitaciones de visita para los servicios de salud mental y conductual que su hijo pueda estar recibiendo fuera de la escuela.*

### 5. ¿Cómo utiliza el Distrito los fondos recibidos de la facturación?

*El Distrito utiliza los fondos de la facturación para ayudar a cubrir el costo de los servicios prestados en las escuelas. Estos fondos también se utilizan para esfuerzos de alcance familiar, oficinas de salud escolar, actualización de equipos y materiales de prueba, compra de suministros de atención médica y otras iniciativas para apoyar a todos los niños del distrito.*

### 6. ¿Qué información se comparte, con quién y qué garantías existen para asegurar la confidencialidad de los registros de mi hijo?

*El Distrito solo compartirá la información esencial necesaria para la facturación, incluido el nombre de su hijo, la fecha de nacimiento, la evaluación relacionada con la salud, la intervención, la información de referencia y las notas de los profesionales relacionadas con estos servicios. También se pueden compartir datos seleccionados del IEP/IFSP de su hijo u otro plan de atención (si corresponde).*

*El proveedor de facturación del Distrito está obligado por acuerdos contractuales con disposiciones estrictas para mantener los registros de los estudiantes confidenciales y seguros, asegurando que la información no se use o divulgue de manera inapropiada. El proveedor cumple con HIPAA y el Distrito cumple con FERPA y las leyes y regulaciones estatales para proteger la información de su hijo.*

### 7. ¿El Distrito dejará de proporcionar servicios para mi hijo si no doy mi consentimiento?

*No. Sin su consentimiento para la facturación, su hijo continuará recibiendo servicios en la escuela, pero el Distrito no recibirá fondos por los servicios facturables que se le puedan proporcionar a su hijo. Otros fondos del Distrito se utilizarán para apoyar el costo total de los servicios prestados en la escuela.*

### 8. ¿Qué pasa si cambio de opinión después de haberle dado mi consentimiento?

*Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento (la retirada no es retroactiva). Para hacer cambios, visite la recepción de la escuela de su hijo.*

*Para obtener más información sobre los requisitos para el consentimiento de los padres, puede consultar la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) en 34 CFR 300.154 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) en 34 CFR Parte 99,*