

Formulario de Intercambio de Información de Salud y Consentimiento

El Superintendente de Escuelas del Condado de Madera (MCSOS) participa en los programas de la Opción de Facturación de Medi-Cal de LEA y/o de la Iniciativa de Salud Conductual Infantil y Juvenil (CYBHI) que financian servicios esenciales de salud y salud mental para los estudiantes. Al dar su consentimiento, nos permite obtener fondos de Medi-Cal 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 que el socio de facturación del Superintendente de Escuelas del Condado de Madera comparta de manera segura los registros necesarios con Medi-Cal o con los administradores externos del Programa 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.**

Completar este formulario garantiza que podamos mantener y expandir estos servicios para todos los estudiantes. **¡Solo toma un minuto!**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE- POR FAVOR COMPLETE

ESCUELA _____

NOMBRE LEGAL del ESTUDIANTE: _____
Primero _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del ESTUDIANTE: _____
MM/DD/AAAA

ID del ESTUDIANTE: _____
Si se conoce

ASEGURADOR PRIMARIO: _____
Ingrese el nombre completo del plan de salud (p. ej., "Kaiser Permanente Medi-Cal")

TITULAR PRINCIPAL de la: _____
PÓLIZA _____
Primero _____ Apellido _____

PÓLIZA/ID de MIEMBRO: _____
Si está cubierto por Medi-Cal, use el número BIC

NÚMERO de GRUPO: _____
Si se conoce

SI 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 MCSOS y nuestro proveedor de facturación para facturar a Medi-Cal y/o al programa de tarifas 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.**

- Entiendo que **nunca se me cobrará por estos servicios.**
- Entiendo **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, a los administradores/proveedores de seguros para fines de facturación.
- No doy mi consentimiento** para la divulgación de los registros de mi estudiante, y el acceso a sus beneficios, a los administradores/proveedores de seguros para fines de facturación.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Relación con el estudiante: _____

Preguntas frecuentes - Facturación de servicios escolares

- **¿Qué sucede si no quiero proporcionar esta información?**

Es posible que su hijo aún reciba servicios de salud mental sin costo en la escuela. Sin embargo, si decide no proporcionar la información del seguro médico de su hijo, su escuela no puede acceder a esta fuente crítica de fondos para las escuelas.

*Si su hijo es elegible para recibir servicios de educación especial bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, tiene derecho a recibir servicios y apoyos de salud mental de conformidad con un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (ISFP). Su decisión de proporcionar (o no proporcionar) la información del seguro médico de su hijo **NO afectará** la elegibilidad de su hijo para estos servicios.*

- **¿Alguna vez el distrito me facturará por los servicios escolares que recibe mi hijo?**

*No. Estar de acuerdo en proporcionar esta información a la escuela de su hijo **NO resultará** en ningún costo por los servicios que se le transfieren a usted o a su familia. Estos servicios son completamente gratuitos y recibir estos servicios en la escuela **NO AFECTARÁ** la cobertura de su hijo bajo el plan de salud o la aseguradora.*

- **¿Cómo funciona?**

El estado de California se asocia con escuelas y planes de salud para asegurarse de que los estudiantes puedan recibir apoyo para la salud mental y el bienestar emocional en las escuelas de todo el estado.

Las escuelas ya ofrecen una variedad de servicios de salud mental para satisfacer las necesidades de los estudiantes; Sin embargo, asegurar la financiación de estos servicios puede ser un desafío

Bajo el Programa de Tarifas de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI), los planes de salud y las aseguradoras de California ahora están obligados a reembolsar a las escuelas públicas (incluidos los distritos escolares, colegios y universidades K-12) por los servicios de salud mental cubiertos proporcionados a estudiantes menores de 26 años.

La ley estatal prohíbe que los planes y las aseguradoras transfieran el costo de estos servicios a las familias. Esto significa que los planes de salud y las aseguradoras pagarán por los servicios de salud mental que se le brinden a su hijo en un entorno vinculado a la escuela y NO habrá ningún gasto de bolsillo (por ejemplo, copagos, deducibles para usted y su familia).

- **¿Se mantendrá la confidencialidad de la información?**

Sí, la información que usted proporciona a la escuela de su hijo, incluida la información del seguro médico, es completamente confidencial. Usted y su hijo tienen derecho a privacidad, confidencialidad y protecciones bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, y la ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), una ley federal que proporciona la privacidad y seguridad de la información de salud.

La información del seguro de salud de su hijo no se compartirá con ninguna entidad externa, excepto cuando sea necesario para permitir que usted o el distrito escolar, colegio o universidad de su hijo reciban un reembolso por los servicios de salud mental prestados a su hijo y/o familia, o según lo permitan las leyes estatales y federales (por ejemplo, informar al Departamento de Servicios de Atención Médica de California).

- **¿Cómo puedes ayudar?**

*Para obtener estos fondos de los planes de salud y las aseguradoras, incluido el programa Medi-Cal, el distrito escolar de su hijo debe presentar una reclamación de reembolso al plan de salud o a la aseguradora. Es posible que la escuela de su hijo le pida la información de su seguro médico y/o el nombre de la compañía de seguro médico de su hijo, el número de póliza de su hijo y el nombre del padre o tutor que tiene la cobertura de seguro médico. Estar de acuerdo en proporcionar esta información a la escuela de su hijo **NO resultará** en ningún costo por los servicios que se le transfieren a usted o a su familia. Estos servicios son completamente gratuitos y recibir estos servicios en la escuela **NO afectará** la cobertura de su hijo bajo el plan de salud o la aseguradora.*