

Oportunidad de financiación para servicios de salud mental en el ámbito escolar.

Estimado padre/madre/tutor:

Distrito Escolar Unificado de Novato (NUSD) nos complace anunciar su participación en el [Programa de Tarifas](#) de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI). Este programa ayuda a financiar servicios esenciales de salud mental para nuestros estudiantes.

El programa de tarifas de CYBHI exige que las compañías de seguros médicos reembolsen a las escuelas los servicios de bienestar y salud mental que brindan a los estudiantes, sin costo alguno para usted. Sin embargo, **solo podemos acceder a esta financiación con su consentimiento por escrito.**

El consentimiento por escrito para facturar a la compañía de seguros médicos de su hijo no tendrá ningún impacto en su cobertura ni en sus costos. En concreto, no tendrá que pagar copagos ni deducibles, no habrá cambios en su prima ni se le denegará el mismo servicio que se ofrece fuera del ámbito escolar. Para obtener información más detallada sobre estas protecciones de seguro, visite el [sitio web de CYBHI](#).

Entendemos que probablemente tenga preguntas o inquietudes sobre compartir con nosotros la póliza de seguro médico y los números de afiliación de su hijo. Le aseguramos que toda la información se mantendrá confidencial y estará protegida por las leyes federales de privacidad, incluida la Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Los servicios de salud mental de NUSD son vitales para el bienestar de nuestros estudiantes. Esperamos que apoyen a NUSD para que podamos mantener estos servicios informándose sobre esta oportunidad de financiación y completando el formulario de "consentimiento para facturación".

Si tiene preguntas o desea obtener información adicional sobre el programa de tarifas de CYBHI, comuníquese con el Leo Zacarias, asistente administrativo, en 415-493-4250.

Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI)
Programa de Tarifas para Servicios Escolares
Preguntas Frecuentes (FAQ)

1. ¿Qué servicios se facturan bajo los programas de facturación escolar?

NUSD participa en el Programa de Tarifas CYBHI. Este programa permite que NUSD recupere fondos por los servicios de salud mental brindados a los estudiantes. Estos fondos ayudan a apoyar y mejorar la prestación de estos servicios esenciales para todos los estudiantes de NUSD.

2. ¿NUSD me enviará alguna vez una factura por los servicios escolares que recibe mi hijo/a?

No. Usted nunca recibirá una factura de NUSD, independientemente de la cobertura de seguro médico de su hijo/a.

3. ¿Mi consentimiento para este programa afecta de alguna manera los beneficios del seguro médico de mi hijo/a?

Si usted proporciona información de Medi-Cal: Su consentimiento no reducirá ni afectará negativamente los beneficios de Medi-Cal de su hijo/a.

Si usted proporciona información de seguro médico privado: NUSD solo solicitará reembolso a su aseguradora por los servicios de salud mental o conductual que su hijo/a reciba en la escuela. Según la ley de California, los costos de estos servicios deben ser cubiertos por la aseguradora y no pueden trasladarse a las familias (es decir, no habrá gastos de bolsillo como copagos o deducibles), y no afectarán la cobertura médica de su hijo/a. Para más información, puede consultar el folleto para padres del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) haciendo clic [aquí](#).

4. ¿Qué información se comparte, con quién y qué garantías existen para proteger la confidencialidad de los registros de mi hijo/a?

NUSD solo compartirá la información esencial necesaria para solicitar el reembolso, incluyendo el nombre de su hijo/a, la fecha de nacimiento, el servicio o intervención recibida, la fecha del servicio y el nombre del proveedor.

El proveedor de facturación de NUSD, Paradigm Healthcare Services, está sujeto a acuerdos contractuales con estrictas disposiciones para mantener los registros de los estudiantes confidenciales, seguros y en cumplimiento de HIPAA. NUSD cumple con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y con las leyes estatales para proteger la información de su hijo/a.

5. ¿NUSD dejará de brindar servicios a mi hijo/a si no otorgo mi consentimiento?

No. Incluso si usted no otorga su consentimiento para la facturación, su hijo/a continuará recibiendo servicios en la escuela.

6. ¿Qué sucede si cambio de opinión después de haber dado mi consentimiento?

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento; sin embargo, el retiro no es retroactivo. Para hacer cambios, visite la oficina principal de la escuela de su hijo/a. Para más información sobre los requisitos del consentimiento de los padres, puede consultar FERPA en 34 CFR Parte 99.

7. ¿Qué hace mi consentimiento?

Al proporcionar su consentimiento, usted permite que NUSD obtenga reembolso de Medi-Cal o de aseguradoras privadas para ayudar a cubrir estos servicios sin costo para usted. Usted nunca será responsable de pagar por los servicios que su hijo/a reciba. Su consentimiento permite que Paradigm Healthcare Services, LLC, nuestro socio de facturación, comparta de manera segura los registros necesarios con Medi-Cal u otras compañías de seguro médico. Toda la información se maneja de manera confidencial y está protegida por las leyes federales de privacidad, incluidas FERPA y HIPAA. Independientemente de si usted otorga o no su consentimiento, su hijo/a continuará recibiendo los servicios que necesita.

8. ¿Por qué necesitan la información del seguro médico de mi hijo/a?

Contar con la información del seguro médico del estudiante nos permite solicitar reembolso a las aseguradoras por los servicios escolares de salud mental elegibles que su hijo/a pueda recibir. Necesitamos esta información para poder facturar de manera eficiente y así ayudar a que NUSD continúe brindando programas esenciales de salud mental y bienestar para nuestros estudiantes.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE — POR FAVOR DE COMPLETAR

NOMBRE LEGAL DEL
ESTUDIANTE:

Nombre

Apellido

FECHA DE NACIMIENTO DEL
ESTUDIANTE:

MM/DD/AAAA

ID DEL ESTUDIANTE:

(Si se conoce)

ASEGURADORA PRINCIPAL:

Ingrese el nombre completo del plan médico (por ejemplo, “Kaiser Permanente Medi-Cal”)

TITULAR PRINCIPAL DE LA PÓLIZA:

Nombre

Apellido

NÚMERO DE PÓLIZA/MEMBER ID:

Si está cubierto por Medi-Cal, use el número BIC

NÚMERO DE GRUPO:

(Si se conoce)

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO: ☐ Deseo recibir más información. Por favor, autoricen compartir mi nombre, dirección y número de teléfono con un/a trabajador/a autorizado/a de inscripción en seguros.

CONSENTIMIENTO — POR FAVOR COMPLETE.

Revise la información a continuación e indique su consentimiento. Entiendo que:

- Solo los registros de salud apropiados del expediente médico de mi hijo/a serán divulgados por el distrito y Paradigm Healthcare Services, LLC, para facturar a Medi-Cal o al Programa de Tarifas CYBHI.
- Los registros se compartirán de manera segura con Medi-Cal y con los administradores externos (TPA) de DHCS para fines de reembolso, y toda la información se mantendrá confidencial conforme a las leyes de privacidad FERPA y HIPAA.
- Entiendo que **nunca se me cobrará por estos servicios.**
- Entiendo que **mi consentimiento es voluntario y que 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 ni para el acceso a sus beneficios para fines de facturación.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Relación con el estudiante: _____