

**MEDICAID**  
**Programa de concordancia de escuelas certificadas**  
**Reembolso de los servicios escolares**

**¿Qué es el programa de coincidencia de escuelas certificadas por Medicaid de Florida?**

Desde 1997, las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* han participado en un programa de reembolso de *Medicaid* financiado por el gobierno federal y estatal. El programa *Florida Medicaid Certified School Match (MCSM)* ayuda a asegurar que los estudiantes con un Plan Educativo Individualizado (IEP) reciban los servicios de salud necesarios (médicos, emocionales y relacionados con el transporte) en la escuela.

El programa ayuda a los distritos escolares mediante el reembolso parcial de estos servicios médicos proporcionados a los estudiantes en la escuela.

En julio de 2020, las directrices actuales se ampliaron para incluir a los estudiantes de educación general que tienen un Plan de Atención (es decir, Plan de Atención Médica, Plan de Comportamiento, Plan 504, etc.) o la necesidad de intervención en crisis. Aunque el reembolso parcial sólo está disponible para los estudiantes que tienen derecho a *Medicaid*, los servicios se prestan a todos los estudiantes con un plan de atención, independientemente de su condición de elegibilidad para *Medicaid*.

**¿Qué tipos de servicios cubre el programa MCSM?**

Consejería	Intervención en caso de crisis	Enfermería
Examen de alcance para niños	Terapia Ocupacional	Manejo de casos
Terapia del habla/lenguaje	Terapia física	Evaluaciones
Educación Especial	Transportación	Evaluaciones de las pruebas de desarrollo
Orientación y movilidad	Tecnología asistencial	

**¿Tiene algún costo para mí?**

NO - Los servicios son provistos a los estudiantes sin ningún costo al padre/tutor.

**¿Afectará a las ventajas de Medicaid de mi familia?**

NO - El programa NO afecta a los servicios, fondos o límites de *Medicaid* de una familia. Debido a que Florida opera el programa *MCSM* de manera diferente a los planes de cobertura de *Medicaid* relacionados con la familia, el plan escolar no afecta los beneficios de *Medicaid* de su familia de ninguna manera.

**¿Cómo utilizan las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough el dinero de reembolso recibido de Medicaid?**

Los fondos recibidos de *Medicaid* para terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional/física asesoramiento, servicios de enfermería y evaluaciones psicoeducativas se utilizan para apoyar los servicios estudiantiles y programas de Educación de Especial (*ESE*).

**¿Cómo puedo contribuir a que mi distrito escolar se beneficie del programa MCSM?**

La regulación federal requiere que el padre/tutor:

- Estar completamente informados sobre el programa de Concordancia Escolar Certificada de *Medicaid (MCSM)*.
- Comprender plenamente que el consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.
- Permitir que las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* compartan la información necesaria para facturar los servicios elegibles para *Medicaid* incluidos en el *IEP*, 504 o Plan de Atención de su hijo.
- Su hijo recibirá los servicios escritos en el *IEP*, 504 o Plan de Atención de su hijo a expensas de las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough*, independientemente de su consentimiento para permitirnos facturar a *Medicaid*. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

## Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

---

Las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* desean solicitar el reembolso de ciertos servicios prestados a su hijo mediante accediendo a *Medicaid*. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la búsqueda de reembolso de *Medicaid*. El reembolso de *Medicaid* ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio permitido por *Medicaid*.

**Consentimiento dado o denegado (por favor, lea, marque con una X su selección, firme y escriba la fecha al final):**

### Servicios del Plan Educativo Individualizado (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Reglamentos Federales Federal [CFR]).

### Servicios no relacionados con el IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en virtud del Código Administrativo de Florida regla de Medicaid para los servicios basados en la escuela (Regla 59G-4.035).

**Yo entiendo y doy mi consentimiento** para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia del Estado de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento para la divulgación de información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Yo entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o lo retiro, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios requeridos necesarios para recibir una educación apropiada sin costo alguno para mi hijo de acuerdo con 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, éste se hará efectivo en la fecha de retiro y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

Los expedientes que deben entregarse o intercambiarse pueden incluir los IEP, los expedientes de evaluación y elegibilidad, los expedientes y registros de los servicios afines registros de terapia relacionada, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

La información compartida pueda que incluya el nombre de mi hijo, su fecha de nacimiento, su dirección, su principal discapacidad de educación especial (si corresponde), el número de identificación de *Medicaid* de Florida, el número de Seguro Social y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios de salud prestados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de ayuda a la comunicación, servicios de terapia física, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y del lenguaje, servicios de comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

**Yo entiendo y NO doy mi consentimiento** para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo para el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, busque el reembolso de Medicaid y cumpla con las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios brindados a mi hijo.

#### Información del niño(a)/Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número del estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

#### Información del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha