



## ACCORD DE REMBOURSEMENT PAR MEDICAID

- Je donne mon accord en signant ci-dessous
- Je donne mon accord en signant ci-dessous, si mon enfant a droit à Medicaid plus tard
- Je refuse de donner mon accord de facturer les services remboursables par Medicaid

Cher parent ou tuteur :

Les Écoles Publiques du District de Columbia (DCPS) et le Bureau du Recteur (Office of the State Superintendent for Education – OSSE) ont le droit de recevoir un remboursement fédéral de Medicaid pour certains services médicaux apportés à votre enfant, si ces services satisfont les critères Medicaid de l'État et sont fournis conformément à son Plan d'enseignement individualisée (IEP). Ces services sont les suivants :

- Services d'infirmier qualifié
- Évaluation psychologique
- Services de soutien en matière de comportement
- Services et évaluations en matière d'orientation et de mobilité
- Services et évaluations en matière de pathologie du langage et de la parole
- Services et évaluations en matière d'ergothérapie
- Services et évaluations en matière de physiothérapie
- Soins personnels
- Nutrition
- Transport spécialisé

Afin que les DCPS et l'OSSE reçoivent le remboursement de Medicaid pour les services médicaux apportés à votre enfant, chaque agence doit présenter une demande de remboursement contenant les renseignements personnels concernant votre enfant au Département du financement des soins médicaux (Department of Health Care Finance – DHCF). Le DHCF n'est pas autorisé à utiliser ces informations à d'autres fins et est tenu de conserver ces informations confidentielles. La loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (FERPA) exige que les DCPS et l'OSSE obtiennent votre accord écrit pour communiquer des informations d'identification personnelle contenues dans le dossier scolaire de votre enfant. En outre, la loi de 2004 relative à l'aménagement de l'enseignement pour les personnes handicapées (IDEA) exige que les DCPS et l'OSSE obtiennent votre accord écrit pour facturer les services médicaux remboursables par Medicaid offerts à votre enfant. En remplissant et signant ce formulaire, vous aiderez les DCPS et l'OSSE à remplir ces conditions.

Sur demande écrite, votre enfant ou vous-même peuvent recevoir une copie des informations communiquées au DHCF. Votre accord est volontaire et peut être révoqué à tout moment. Si vous révoquez votre accord, la révocation n'est pas rétroactive, ce qui signifie que votre accord antérieur reste valable en ce qui concerne les informations communiquées avant la révocation de l'accord. En donnant votre accord pour facturer l'assurance Medicaid pour les services de santé fournis à votre enfant, vous n'aurez pas à payer d'argent de votre poche, comme le paiement d'une franchise ou d'un co-paiement, et vous ne diminuerez pas votre couverture d'assurance disponible, n'augmenterez pas vos primes ni ne serez soumis à l'interruption des prestations. En outre, même si vous refusez de donner votre accord, les DCPS et l'OSSE s'assureront tout de même que votre enfant reçoive tous les services médicaux et d'enseignement spécialisé requis, sans frais pour vous.

### Accord parental

En signant ci-dessous, je donne volontairement mon accord aux DCPS et l'OSSE de communiquer au DHCF le nom, l'adresse principale, la date de naissance, le numéro de sécurité sociale, le numéro Medicaid et l'IEP de mon enfant, et toutes les informations sur les services médicaux apportés à mon enfant, les dates et la fréquence des services apportés ainsi que les évaluations en matière d'enseignement spécialisé concernant mon enfant. En outre, je donne volontairement mon accord aux DCPS pour envoyer des demandes de remboursement au DHCF pour les services médicaux facturables à Medicaid apportés à mon enfant, comme indiqué dans son IEP, je donne également de

---

---

manière volontaire mon accord à l'OSSE pour envoyer des demandes de remboursement au DHCF pour les services de transport spécialisé facturables à Medicaid fournis à mon enfant, comme indiqué dans son IEP. J'autorise également les DCPS et l'OSSE à communiquer les renseignements décrits ci-dessus aux représentants Medicaid de l'État et/ou fédéraux dans le but de déterminer l'éligibilité et/ou d'effectuer les demandes de vérification/d'examen. Je comprends, qu' à moins que je révoque mon accord par écrit, cet accord restera en vigueur pendant 365 jours à partir de la date de ma signature.

---

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR

---

DATE

---

NOM DE L'ÉLÈVE

---

MATRICULE DE L'ÉLÈVE