



Boletín de Avisos Anual 2025

Declaración de derechos de los participantes de CalOptima Health PACE

Cuando se une a un programa PACE, usted goza de determinados derechos y protecciones. CalOptima Health PACE, como su programa PACE, debe explicarle y proporcionarle sus derechos en su totalidad a usted o a alguien que actúe en su nombre para que usted pueda entenderlos al momento de inscribirse.

En CalOptima Health PACE, nos dedicamos a brindarle servicios de atención médica de calidad para que pueda permanecer lo más independiente posible. Esto incluye la prestación de todos los artículos y servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal y otros servicios que el equipo interdisciplinario determine necesarios en todos los entornos de atención, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nuestro personal y nuestros contratistas tratan de reivindicar la dignidad y el valor de cada participante al garantizar los siguientes derechos

TIENE DERECHO A RECIBIR TRATAMIENTO

Tiene derecho a recibir tratamiento que sea apropiado para su estado de salud y que se proporcione de manera oportuna. Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir toda la atención y servicios que necesita para mejorar o mantener su estado de salud general, y para alcanzar el más alto nivel de bienestar y función física, emocional y social.
- Obtener servicios de emergencia cuándo y dónde los necesite sin la aprobación del equipo interdisciplinario de PACE. Una emergencia médica es cuando considera que su salud está en grave peligro, cuando cada segundo cuenta. Puede tener una lesión grave, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora rápidamente. Puede recibir atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y no necesita obtener permiso de CalOptima Health PACE antes de buscar servicios de emergencia.

Boletín de Avisos Anual 2025

TIENE DERECHO A SER TRATADO CON RESPETO

Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto en todo momento, a que toda su atención se mantenga privada y confidencial, y a recibir atención compasiva y considerada. Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir toda su atención médica en un entorno seguro, limpio y de manera accesible.
- No sufrir daños. Esto incluye el uso excesivo de medicamentos, abuso físico o mental, negligencia, castigo físico, que se le coloque en aislamiento en contra de su voluntad y cualquier restricción física o química que se utilice en usted con fines de disciplina o por conveniencia del personal y que no necesite para tratar sus síntomas médicos.
- Recibir estímulo y ayudarle a ejercer sus derechos en el programa PACE.
- Recibir ayuda, si la necesita, para utilizar los procesos para presentar quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal, y para ejercer sus derechos civiles y otros derechos legales.
- Que le alienten y ayuden a hablar con el personal del PACE sobre los cambios en las políticas y los servicios que cree que deberían realizarse.
- Usar un teléfono mientras se encuentre en el centro CalOptima Health PACE.
- No tener que realizar trabajos o prestar servicios para el programa PACE.
- Que se le explique toda la información sobre sus opciones para los servicios y tratamientos de PACE en un idioma que usted entienda, y de una manera que tenga en cuenta y respete sus creencias culturales, valores y costumbres.

TIENE DERECHO A PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer la ley. No pueden discriminarte por ninguno de los siguientes motivos:

- | | | |
|-------------------|--------------------------------|---|
| • raza | • edad | • orientación sexual |
| • origen étnico | • sexo | • fuente de pago de su atención médica (por ejemplo, Medicare o Medi-Cal) |
| • origen nacional | • discapacidad mental o física | |
| • religión | | |

Si cree que ha sido discriminado por cualquiera de estos motivos, comuníquese con un miembro del personal del programa PACE para que le ayude a resolver su problema. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**.

TIENE DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN Y AYUDA

Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender, a que esta información sea compartida con su representante designado, quien es la persona que elige para actuar en su nombre, y a que alguien le ayude a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Tiene derecho a lo siguiente:

- Que alguien le ayude si tiene una barrera lingüística o de comunicación, para que pueda comprender toda la información que se le proporciona.

Boletín de Avisos Anual 2025

- Que el programa PACE interprete la información en su idioma preferido de una manera culturalmente competente, si su primer idioma no es el inglés y no puede hablar inglés lo suficientemente bien como para comprender la información que se le brinda.
- Obtener material publicitario y sobre los derechos de los participantes del PACE en inglés y en cualquier otro idioma de uso frecuente en su comunidad. También puede obtener estos materiales en braille, si es necesario.
- Que se le explique el Convenio de inscripción en su totalidad de una manera que usted entienda.
- Obtener una copia escrita de sus derechos por parte del programa PACE. El programa PACE también debe publicar estos derechos en un lugar público del centro PACE donde sea fácil verlos.
- Que le informen por completo, por escrito, los servicios que ofrece el programa PACE. Esto incluye decirle qué servicios son prestados por contratistas y no por el personal del PACE. Se le debe proporcionar esta información antes de inscribirse, en el momento de inscribirse y cuando necesite elegir qué servicios recibir.
- Recibir una copia del documento que mencione a las personas que brinden servicios relacionados con la atención que no sean prestados directamente por CalOptima Health PACE, si así se solicita.
- Consultar u obtener ayuda para consultar los resultados de la revisión más reciente de su programa PACE. Las agencias federales y estatales revisan todos los programas PACE. También tiene derecho a comprobar la manera en la que el programa PACE planea corregir cualquier problema que se encuentre durante la inspección.

Antes de que CalOptima Health PACE comience a proporcionar servicios de cuidados paliativos, cuidados de confort y cuidados para el final de vida, usted tiene el derecho de recibir información sobre estos servicios que le sea explicada completamente. Esto incluye su derecho a recibir, por escrito, una descripción completa de estos servicios y cómo se diferencian de los cuidados que ha estado recibiendo, y si estos servicios son adicionales o en lugar de sus servicios actuales. La información también debe explicar, en detalle, cómo se verán afectados sus servicios actuales si decide comenzar con los cuidados paliativos, cuidados de confort o servicios para el final de vida, lo que incluye, entre otros, el impacto en los siguientes servicios. Específicamente, debe explicar cualquier impacto en:

- Servicios de médicos, incluidos los servicios de especialistas
- Servicios hospitalarios
- Servicios de atención a largo plazo
- Servicios de enfermería
- Servicios sociales
- Servicios dietéticos
- Transporte
- Atención domiciliaria
- Terapia, incluida la terapia física, ocupacional y del habla
- Salud mental y del comportamiento
- Pruebas de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología (imágenes) y de laboratorio
- Medicamentos
- Servicios de atención médica preventiva
- Asistencia en el centro PACE

Tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar su consentimiento para recibir servicios de cuidados paliativos, cuidados de confort o cuidados para el final de vida en cualquier momento y por cualquier motivo, informando a CalOptima Health PACE ya sea verbalmente o por escrito.

Boletín de Avisos Anual 2025

TIENE DERECHO A ELEGIR A SUS PROVEEDORES

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica, incluidos su proveedor de atención primaria y especialistas, dentro de la red del programa PACE y a recibir atención médica de calidad. Las mujeres tienen derecho a recibir servicios por parte de un especialista calificado en atención médica de la mujer para servicios de atención médica de rutina o preventivos para la mujer.

Tiene derecho a contar con un acceso razonable y oportuno a especialistas según lo dicte su estado de salud.

También tiene derecho a recibir atención en todos los entornos de atención, incluida la admisión en un establecimiento de cuidado a largo plazo cuando CalOptima Health PACE ya no pueda mantener su protección en la comunidad.

TIENE DERECHO A PARTICIPAR EN LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO

Tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su atención médica. Si no puede participar plenamente en las decisiones de su tratamiento o desea que alguien en quien confíe le ayude, tiene derecho a elegir a esa persona para que actúe en su nombre. Tiene derecho a lo siguiente:

- Que se le expliquen todas las opciones de tratamiento en un idioma que comprenda, a que se le informe por completo de su estado de salud y de su evolución, y a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a no recibir tratamiento ni tomar medicamentos. Si decide no recibir tratamiento, se le debe informar cómo esto afectará su salud física y mental.
- Comprender plenamente los servicios de cuidados paliativos, cuidados de confort y cuidados para el final de vida de CalOptima Health. Antes de que CalOptima Health pueda comenzar a brindarle cuidados paliativos, cuidados de confort y servicios de cuidados para el final de vida, el programa PACE debe explicarle todas sus opciones de tratamiento, brindarle información por escrito sobre estas opciones y obtener su consentimiento por escrito o de su representante designado.
- Que el programa PACE le ayude a establecer instrucciones anticipadas si así lo desea. Una instrucción anticipada es un documento escrito que indica cómo desea que se tomen sus decisiones médicas en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo. Debe entregársela a la persona que seguirá sus instrucciones y tomará decisiones de atención médica por usted.
- Participar en el desarrollo y ejecución de su plan de atención. Puede solicitar que se revise su plan de atención en cualquier momento.
- A que se le notifique con anticipación, por escrito, sobre cualquier plan para cambiarle a otro entorno de tratamiento, así como el motivo por el cual se le cambia.

TIENE DERECHO A QUE SU INFORMACIÓN DE SALUD SE MANTENGA PRIVADA

- Tiene derecho a hablar con los proveedores de atención médica en privado y a que su información médica personal se mantenga privada y confidencial, incluidos los datos de salud que se recopilan y conservan electrónicamente, en virtud de las protecciones que ofrecen las leyes estatales y federales.
- Tiene derecho a ver y recibir copias de sus expedientes médicos y solicitar modificaciones.

Boletín de Avisos Anual 2025

- Tiene derecho a que se le garantice que se obtendrá su consentimiento por escrito para la divulgación de información a personas que no están autorizadas por ley para recibirla.
- Tiene derecho a proporcionar un consentimiento por escrito que limite el grado de información y las personas a quienes se les puede brindar información.

Existe una regla de privacidad del paciente que le brinda más acceso a sus propios expedientes médicos y más control sobre cómo se utiliza su información de salud personal. Si tiene alguna pregunta sobre esta regla de privacidad, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**.

TIENE DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA

Tiene derecho a quejarse sobre los servicios que recibe o que necesita y no recibe, la calidad de su atención, o cualquier otra inquietud o problema que tenga con su programa PACE. Tiene derecho a un proceso justo y oportuno para resolver inquietudes con su programa PACE. Tiene derecho a lo siguiente:

- A una explicación completa del proceso para presentar quejas.
- A recibir estímulo y ayuda para explicar libremente sus quejas al personal del PACE y a los representantes externos de su elección. No debe sufrir ningún daño por contarle a alguien sus inquietudes. Esto incluye ser castigado, amenazado o discriminado.
- **A comunicarse al 1-800-MEDICARE para obtener información y asistencia, lo que incluye presentar una queja relacionada con la calidad de la atención o la prestación de un servicio.**

TIENE DERECHO A SOLICITAR SERVICIOS ADICIONALES O PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar los servicios de CalOptima Health PACE, sus empleados o contratistas, que considere necesarios. Tiene derecho a un proceso integral y oportuno para determinar si esos servicios deben proporcionarse.

También tiene derecho a apelar cualquier denegación de un servicio o decisión de tratamiento por parte del programa, el personal o los contratistas del PACE.

TIENE DERECHO A ABANDONAR EL PROGRAMA

Si, por algún motivo, no cree que el programa PACE es lo que desea, tiene derecho a abandonar el programa en cualquier momento y a que dicha cancelación de membresía sea vigente a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en la que CalOptima Health PACE reciba su Aviso de cancelación de membresía voluntaria.

*Ayuda adicional: Si cree que se ha infringido alguno de sus derechos o está inconforme y desea presentar una queja o apelación, infórmeselo de inmediato a su trabajador social o llame a nuestra oficina durante el horario de atención habitual al: **1-714-468-1100** o a nuestra línea gratuita al **1-844-999-PACE (7223)**.*

*Si desea hablar sobre sus inquietudes con alguien fuera de Cal Optima Health PACE, puede comunicarse al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o al **1-888-804-3536** (Health Consumer Alliance: Programa del Mediador en Asuntos de Interés Público de Medi-Cal).*

Boletín de Avisos Anual 2025

Responsabilidades del participante

Creemos que usted y cualquier miembro de la familia o cuidador involucrado en su atención desempeñan un papel crucial en la prestación de su atención. Para garantizar que se mantenga lo más saludable e independiente posible, le pedimos que establezca una línea de comunicación abierta con las personas que participan en su atención y que asuma las responsabilidades mencionadas a continuación:

- Cooperar con el equipo interdisciplinario en la ejecución y seguimiento de su plan de atención.
- Hablar con sus proveedores si no desea aceptar un tratamiento o medicamento que su equipo interdisciplinario decide que necesita, y entender y aceptar las consecuencias para su salud y bienestar si rechaza cualquier tratamiento recomendado.
- Proporcionarle al equipo interdisciplinario un historial médico completo y preciso.
- Utilizar únicamente los servicios autorizados por CalOptima Health PACE.
- Tomar todos sus medicamentos recetados según las indicaciones.
- Llamar al médico de CalOptima Health PACE para recibir indicaciones en una situación urgente.
- Notificar a CalOptima Health PACE, en un lapso de 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible, si requiere servicios de emergencia, ya sea dentro o fuera del área de servicio.
- Notificar a CalOptima Health PACE cuando desee iniciar el proceso de cancelación de membresía.
- Notificar a CalOptima Health PACE sobre una mudanza o estancia prolongada fuera del área de servicio.
- Pagar las cuotas mensuales requeridas según corresponda.
- Tratar a nuestro personal con respeto y consideración, y sin ningún tipo de discriminación.
- No pedirle al personal que realice tareas que la normativa de CalOptima Health PACE o de la agencia le prohíban hacer.
- Expresar cualquier preocupación o insatisfacción que pueda tener con su atención.

CalOptima Health PACE hará todos los esfuerzos razonables para brindar un ambiente seguro en el centro. Sin embargo, les recomendamos a los participantes y a sus familias que dejen sus objetos de valor en casa. CalOptima Health PACE no es responsable de salvaguardar pertenencias.

Donación de órganos y tejidos

La donación de órganos y tejidos conlleva a un beneficio social. La donación de órganos y tejidos permite que los receptores de trasplantes lleven vidas más completas y significativas. Actualmente, la necesidad de órganos para trasplantes supera la cantidad de órganos disponibles. Hable con su médico general de CalOptima Health PACE si le interesaría donar sus órganos. La donación de órganos comienza en el hospital cuando se indica que el paciente tiene muerte cerebral y es identificado como un donante potencial de órganos. Una organización de obtención de órganos ayuda a coordinar la donación.

Información sobre el proceso para presentar quejas

Una queja es cuando usted expresa, de forma escrita u oral, que no está satisfecho con la manera en que se le están brindando los servicios o con la calidad de su atención. No importa si pide o no que se tomen medidas al respecto. Las quejas pueden ser entre usted y PACE o con algún proveedor de servicios del programa PACE. Cuando se inscriba, recibirá información por escrito sobre el proceso para presentar quejas y, a partir de entonces, la recibirá al menos una vez al año.

Una queja puede relacionarse con lo siguiente, entre otras cuestiones: la calidad de los servicios que recibe en su hogar, en el centro PACE o durante una estancia hospitalaria (hospital, centro de rehabilitación, de enfermería especializada, atención intermedia o atención residencial); los tiempos de espera en el teléfono, o en la sala de espera o de examinación; la conducta de cualquiera de sus proveedores de atención o del personal del programa; la idoneidad de las instalaciones de los centros; la calidad de los alimentos suministrados; los servicios de transporte; una infracción de sus derechos; y discriminación por parte de cualquier personal del centro PACE, proveedores contratados y/o personal de proveedores contratados.

Presentación de quejas

Una queja puede ser presentada por usted, un miembro de su familia o un cuidador, o su representante designado. La siguiente información describe el proceso para presentar quejas.

1. Puede discutir su queja verbalmente, ya sea en persona o por teléfono, con el personal del programa PACE del centro al que asiste o cualquier proveedor contratado por CalOptima Health PACE, como su conductor o los proveedores que lo atienden en su hogar. Si presenta su queja con un proveedor contratado, ellos se encargarán de informar al personal de CalOptima Health PACE sobre los detalles de su queja. El empleado se asegurará de que su queja esté documentada. Deberá proporcionar información completa de su queja para que el empleado correspondiente pueda responder y ayudarle a resolver su queja de manera oportuna y eficiente. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Quality Improvement Department
CalOptima Health PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843

Aunque no es obligatorio, puede pedir un formulario de quejas para presentar su queja por escrito.

También puede comunicarse con nuestro Departamento de Mejora de Calidad al **1-714-468-1100** o gratuitamente al **1-844-999-PACE (7223)** para recibir ayuda para presentar una queja. Las personas con discapacidades auditivas (TTY/TDD) pueden llamar al 1-714-468-1063. Nuestro Departamento de Mejora de Calidad le ayudará a presentar su queja. También puede consultar nuestro sitio web en www.caloptima.org para recibir información sobre el proceso para presentar quejas.

Boletín de Avisos Anual 2025

2. El miembro del personal que reciba su queja será responsable de coordinar la investigación cuando no se conozca previamente la causa de su problema. Se realizará una investigación para encontrar soluciones y tomar las medidas necesarias. Toda la información relacionada con su queja se mantendrá estrictamente confidencial, incluso para otros empleados de CalOptima Health PACE y proveedores contratados, cuando corresponda. Tenga en cuenta que, si no desea recibir notificaciones sobre la resolución de su queja, informe a CalOptima Health PACE en el momento que la presente. CalOptima Health PACE seguirá investigando, pero respetará su solicitud y no le enviará más notificaciones al respecto.
3. CalOptima Health PACE continuará brindándole todos los servicios requeridos durante el proceso de quejas.
4. El personal de CalOptima Health PACE tomará las medidas necesarias para resolver su queja tan pronto como lo requiera su caso, pero no más tarde de treinta (30) días calendario después de recibir su queja.

Resolución de quejas

1. CalOptima Health PACE le informará sobre la resolución de su queja tan pronto como lo requiera su caso, pero no más de tres (3) días calendario después de haber resuelto su queja.
2. CalOptima Health PACE le notificará de manera verbal o por escrito, según su preferencia. La única excepción son las quejas relacionadas con la calidad de la atención, para las cuales siempre se emitirá una notificación por escrito de la resolución.
3. La notificación de CalOptima Health PACE incluirá un resumen de su queja, los pasos que tomamos para investigarla, los resultados de nuestra investigación, las acciones que realizamos o planeamos para resolver el problema, y el plazo en el que estas acciones se llevarán a cabo.

Opciones de revisión de quejas

1. Si no está satisfecho con la resolución, infórmenos para que podamos seguir trabajando en una solución que sea aceptable para usted.
2. También tiene la opción de comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para presentar una queja relacionada con la calidad de su atención o la prestación de un servicio.
3. Si tiene Medicare y su queja está relacionada con servicios cubiertos por Medicare, usted, su familia, su cuidador o su representante designado tienen el derecho de presentar una queja por escrito ante la Organización de Mejora de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Si presenta una queja ante la QIO, CalOptima Health debe cooperar con ellos para resolverla. Esta información también se incluirá en la notificación de resolución que reciba si presentó su queja a CalOptima Health PACE como una opción adicional disponible para usted.
4. En caso de que CalOptima Health PACE no pueda proporcionar una solución satisfactoria, usted tiene derecho a presentar su queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California; para ello, comuníquese con:

Health Consumer Alliance
Programa del Mediador en Asuntos de
Interés Público de Medi-Cal Medicare
www.healthconsumer.org

Teléfono: 1-888-804-3536
TTY: 1-877-735-2929

Información sobre el proceso de apelación

Cuando CalOptima Health PACE decide no cubrir o pagar un servicio que usted desea, usted puede tomar medidas para cambiar nuestra decisión. La acción que usted emprende ya sea de manera verbal o escrita, se llama “apelación”. Usted tiene derecho a apelar cualquier decisión que hayamos tomado de denegar, reducir o suspender lo que usted cree que son servicios cubiertos, o para pagar servicios que usted cree que debemos pagar. Recibirá información por escrito sobre el proceso de apelaciones al momento de inscribirse, y a partir de entonces, la recibirá al menos una vez al año y cada vez que el equipo interdisciplinario deniegue una solicitud de servicios o de pago de servicios.

Procesos de apelaciones estándar y acelerado: Hay dos tipos de procesos de apelación: el estándar y el acelerado. Ambos procesos se describen a continuación.

Si solicita una **apelación estándar**, su apelación debe presentarse dentro de los ciento ochenta (180) días calendario a partir del momento en que su solicitud de servicio o pago de servicio se denegó, redujo o interrumpió. Es la fecha que aparece en el Aviso de acción de servicio o solicitud de pago. (El límite de 180 días se puede extender por una buena causa). Responderemos a su apelación tan rápido como lo requiera su salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de recibir su apelación.

Si cree que su vida, salud o capacidad para mejorar o mantenerse saludable están en peligro sin el servicio que desea, usted o cualquier médico tratante pueden solicitar una **apelación acelerada**. Tomaremos una decisión sobre su apelación automáticamente tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir su solicitud de apelación acelerada. Podemos extender este plazo hasta catorce (14) días calendario si usted solicita la extensión o si nosotros justificamos ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California la necesidad de obtener más información y cómo le beneficia a usted la demora.

Aviso: Si tiene Medi-Cal y el motivo de su apelación es que CalOptima Health PACE decidió reducir o interrumpir los servicios que estaba recibiendo, puede optar por solicitar continuar recibiendo los servicios en disputa hasta que se complete el proceso de apelación. Si se confirma nuestra decisión inicial de reducir o interrumpir los servicios, es posible que usted deba responder económicamente por el pago de los servicios en disputa proporcionados durante el proceso de apelación.

La siguiente información describe el proceso de apelación que usted o su representante deben seguir si usted o su representante desean presentar una apelación:

1. Si CalOptima Health PACE deniega un servicio o un pago por un servicio que usted o su representante solicitaron, o reduce o interrumpe un servicio que ya estaba recibiendo, usted puede apelar la decisión. Se le proporcionará a usted o a su representante un aviso por escrito que le explicará el motivo de la negación de su solicitud de servicio o solicitud de pago, y también recibirá un aviso verbal.
2. Puede presentar su apelación ya sea de manera verbal, en persona, por teléfono o por escrito con el personal del centro PACE. El empleado se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de apelación, y de que su apelación esté documentada adecuadamente. Deberá proporcionar información completa de su apelación para que el empleado correspondiente pueda ayudarle a resolver su apelación de manera oportuna y eficiente. Si se necesita más información, el director del centro PACE o el Departamento de Mejora de Calidad, quienes le ayudarán a obtener la información que falta, se comunicarán con usted.

Boletín de Avisos Anual 2025

3. Si desea presentar su apelación por teléfono, puede comunicarse con el director del centro PACE o con el Departamento de Mejora de Calidad al **1-714-468-1100**, de 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes, para solicitar un formulario de apelación o recibir ayuda para presentar una apelación. Las personas con discapacidades auditivas (TTY/TDD) pueden llamar al **1-714-468-1063**.
4. Si desea presentar su apelación por escrito, solicite un formulario de apelación a un empleado. Envíe su apelación por escrito a:

Quality Improvement Department
CalOptima Health PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843
5. Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su apelación en un plazo de cinco (5) días hábiles en el caso de una apelación estándar. En el caso de una apelación acelerada, le avisaremos a usted o a su representante dentro de un (1) día hábil por teléfono o en persona que se recibió la solicitud de una apelación acelerada.
6. La reconsideración de una decisión de CalOptima Health la tomarán personas que no hayan participado en el proceso inicial de toma de decisiones, en consulta con el equipo interdisciplinario, y que no tengan ningún interés en el resultado de su apelación. Usted y cualquier persona que le ayude con su apelación pueden presentar o enviar información relevante y/o pruebas para que sean revisadas, ya sea en persona o por escrito.
7. Una vez que CalOptima Health PACE complete la revisión de su apelación, se les avisará por escrito a usted y su representante de la decisión sobre su apelación. Según sea necesario y dependiendo del resultado de la decisión, CalOptima Health PACE le informará a usted o a su representante sobre otros derechos de apelación que pudiera tener si la decisión no es a su favor. Consulte la información que se describe a continuación:

La decisión sobre su apelación:

Si decidimos completamente a su favor, debemos brindarle o coordinar los servicios tan pronto como lo requiera su condición de salud. **Si decidimos completamente a su favor** sobre una solicitud de pago, debemos hacer el pago solicitado dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Si no decidimos completamente a su favor, le proporcionaremos un aviso por escrito, el cual incluirá los motivos específicos de la negación, los motivos por los que el servicio no mejoraría ni mantendría su salud general, su derecho a apelar la decisión y una descripción de sus derechos de apelación externa a través del programa Medicare o Medi-Cal (**consulte la sección de Derechos de apelación adicionales, a continuación**). También debemos avisar a los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid federales y al Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

Boletín de Avisos Anual 2025

Derechos de apelación adicionales con Medi-Cal y Medicare

Si CalOptima Health PACE toma una decisión que no está completamente a su favor, usted tiene derechos de apelación adicionales conocidos como derechos de apelación externa. Una apelación externa implica una revisión nueva e imparcial de su solicitud de apelación a través del programa Medicare o Medi-Cal. Si está inscrito en Medicare y Medi-Cal, puede elegir cuál proceso de apelación desea usar. Si no está seguro en qué programa está inscrito, pregúntenos. Podemos explicarle la diferencia entre los procesos y cuál sería más adecuado para su caso. La apelación externa solo se puede presentar ante uno de los dos programas (Medicare o Medi-Cal), pero no a ambos. Si lo prefiere, también podemos enviar su apelación al programa externo correspondiente para su revisión.

Los procesos de apelaciones externas de Medicare y Medi-Cal se describen a continuación.

Proceso de apelaciones externas de Medi-Cal

El programa Medi-Cal realiza el siguiente nivel de apelación a través del proceso de audiencias estatales.

Si está inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal O solo en Medi-Cal y elige apelar nuestra decisión mediante el proceso de apelaciones externas de Medi-Cal, enviaremos su apelación al Departamento de Servicios Sociales de California. En cualquier momento durante el proceso de apelación puede solicitar una Audiencia Estatal a través de:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Teléfono: 1-800-952-5253
Fax: 1-916-229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Si decide solicitar una Audiencia Estatal, debe hacerlo dentro de los noventa (90) días calendario a partir de la fecha de la decisión del revisor externo. Si la decisión no es a favor de su apelación, existen otros niveles de apelación, y le ayudaremos a continuar con su apelación.

Proceso de apelaciones externas de Medicare

El programa Medicare contrata a una “organización de revisión independiente” (Independent Review Entity, IRE) para hacer una revisión externa de las apelaciones relacionadas con los programas PACE. Esta organización de revisión es completamente independiente de CalOptima Health PACE.

Si está inscrito tanto en **Medicare como en Medi-Cal O solo en Medicare** y elige apelar nuestra decisión mediante el proceso de apelaciones externas de Medicare, enviaremos su apelación a la IRE para revisar su apelación de manera imparcial. Se debe presentar una solicitud de reconsideración por escrito ante la IRE dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la decisión del revisor imparcial de la apelación interna. La IRE se comunicará con nosotros para darnos los resultados de su revisión. La IRE mantendrá nuestra decisión original, o la cambiará y fallará a su favor.

Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones o solicitar formularios, llame al **1-714-468-1100**. Las personas con discapacidades auditivas (TTY/TDD) pueden llamar al **1-714-468-1063** de 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. O bien, comuníquese con el director del centro PACE o con el Departamento de Mejora de Calidad en:

Boletín de Avisos Anual 2025

CalOptima Health PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843

Aviso de las prácticas de privacidad

Vigente: 14 de abril de 2003 | Actualización: 22 de julio de 2025

CalOptima Health brinda acceso a atención médica por medio de nuestros planes de Medi-Cal, OneCare (HMO D-SNP), el plan Medicare Advantage para personas con necesidades especiales, y el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). De acuerdo con las leyes federales y estatales, debemos proteger su información médica. Después de ser elegible e inscribirse en uno de nuestros planes de salud, Medicare o Medi-Cal nos envía su información. También recibimos información sobre usted por parte de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para aprobar y pagar por su atención médica.

Este aviso explica cómo se debe usar y compartir su información médica, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Léalo atentamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted cuenta con ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarle.

| | |
|---|---|
| ¿Cómo protegemos su información? | <ul style="list-style-type: none">• Hemos implementado controles para el acceso físico y electrónico a su información, lo que incluye raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.• Nuestras políticas y procedimientos describen lo que está permitido y lo que no está permitido al usar su información médica personal, lo que incluye raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.• El acceso a medios electrónicos puede incluir formatos digitales, dispositivos y equipos electrónicos, y almacenamiento de información.• No discriminamos a los miembros en función de ninguna información sensible. |
|---|---|

Boletín de Avisos Anual 2025

| | |
|--|--|
| Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, además de otra información médica que tengamos sobre usted. Debe hacer esta solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que lo llene, y es posible que le hagamos un cobro justo por los costos de los servicios de fotocopia y correo postal. Debe proporcionar una forma válida de identificación para poder ver u obtener una copia de sus registros médicos.• Por lo general, le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud.• Por razones permitidas por la ley, es posible que no compartamos con usted ciertas partes de sus registros.• CalOptima Health no tiene copias completas de sus registros médicos. Si desea ver, obtener una copia o hacer algún cambio en sus registros médicos, comuníquese con su médico o clínica. |
| Pedir que corrijamos sus registros médicos y de reclamos | <ul style="list-style-type: none">• Tiene derecho a enviar una solicitud por escrito para cambiar alguna información en sus registros si no es correcta o no está completa. Debe hacer su solicitud por escrito.• Es posible que rechacemos su solicitud si CalOptima Health no generó o no conserva tal información, o si creemos que la información es correcta y está completa, pero le explicaremos las razones por escrito en un plazo de 60 días.• Si no hacemos los cambios que solicitó, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración que indique por qué no está de acuerdo con nuestros registros, y esa declaración se guardará con su expediente. |
| Solicitar comunicados confidenciales | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir que nos comuniquemos con usted por su método de contacto preferido (por ejemplo, por teléfono de casa o trabajo) o que envíemos su correspondencia a una dirección diferente.• Tomaremos en cuenta todas las solicitudes justas. Tendremos que acceder si nos indica que usted podría estar en riesgo si no lo hacemos. |
| Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir que no usemos o compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago, o para nuestras operaciones de atención médica.• No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si eso pudiera afectar su atención. |

Boletín de Avisos Anual 2025

| | |
|--|--|
| Obtener una lista de con quién compartimos su información | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir una lista de las veces en las que compartimos su información médica durante los últimos 6 años anteriores a la fecha en la que lo solicitó.• Tiene derecho a solicitar una lista sobre qué información compartimos, con quién, cuándo y por qué la compartimos.• Incluiríremos todas las divulgaciones, con excepción de aquellas relacionadas con su tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, además de algunas otras divulgaciones (como alguna que usted nos haya pedido que hiciéramos). |
| Obtener una copia de este aviso de privacidad | <ul style="list-style-type: none">• Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó el aviso electrónicamente. Le ofreceremos una copia impresa oportunamente.• También puede encontrar este aviso en nuestra página web www.caloptima.org. |
| Elegir a alguien para que tome decisiones por usted | <ul style="list-style-type: none">• Si le dio a alguien una carta poder médica o si tiene un tutor legal, esta persona podrá ejercer los derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su información médica.• Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y de que pueda decidir por usted antes de tomar alguna medida. |
| Presentar una queja si siente que no se cumplieron sus derechos | <ul style="list-style-type: none">• Si siente que no cumplimos sus derechos, puede quejarse comunicándose con nosotros por medio de la información incluida en este aviso.• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. |
| Usar restricciones de pago por su cuenta | <ul style="list-style-type: none">• Si paga toda la factura de un servicio, puede pedir a su médico que no comparta con nosotros la información sobre ese servicio. Si usted o su proveedor presentan un reclamo a CalOptima Health, no tenemos que aceptar una restricción. Si la ley exige la divulgación, CalOptima Health no tiene que aceptar su restricción. |

Para cierta información médica, puede informarnos sus elecciones sobre lo que podemos compartir.

Si tiene una preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones a continuación, comuníquese con nosotros. En la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) para fines no relacionados con el tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, primero debemos recibir su autorización por escrito. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. No podemos revertir el hecho de haber usado o compartido su PHI cuando teníamos su autorización por escrito, pero sí podemos dejar de usarla o compártirla en el futuro.

Boletín de Avisos Anual 2025

| | |
|--|---|
| En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que: | <ul style="list-style-type: none">compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.compartamos información en una situación de auxilio ante catástrofes. |
| En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su autorización por escrito: | <ul style="list-style-type: none">Información sobre el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD): debemos obtener su permiso para cualquier uso o divulgación de información sobre SUD.Notas de psicoterapia: debemos obtener su permiso para hacer cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia, excepto para llevar a cabo algún tratamiento, pago u operación de atención médica.Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual, excepto para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para la suscripción, denegación de cobertura y servicios, o para la determinación de beneficios.Necesidades promocionales.Venta de su información. |

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos lo antes posible si sucede alguna violación que pudiera haber puesto en riesgo la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si nos lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si decide cambiar de opinión.

Nuestros usos y divulgaciones

CalOptima Health puede usar o compartir su información solo para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica relacionadas con los programas de Medi-Cal, Medicare (OneCare) o PACE en los que está inscrito. Podemos usar y compartir su información en intercambios de información médica con proveedores involucrados en la atención que recibe. La información que usamos y compartimos incluye, entre otros:

- su nombre
- dirección
- antecedentes de atención y tratamiento que se le ha brindado
- costo o pago de la atención

Estos son algunos ejemplos de cómo compartimos su información con las personas involucradas en su atención:

Boletín de Avisos Anual 2025

| | | |
|---|--|---|
| <p>Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</p> | <ul style="list-style-type: none"> Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están atendiendo. Esto puede incluir su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para proporcionarle los servicios que mejor se ajusten a sus necesidades. | <p>Por ejemplo: Un médico nos envía información sobre su plan de diagnóstico y tratamiento para que programemos servicios adicionales. Compartiremos esta información con médicos, hospitalares y otras personas para brindarle la atención que necesita.</p> |
| <p>Dirigir nuestra organización (operaciones de atención médica)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Podemos usar y compartir su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando se necesite. No tenemos permitido usar información genética para decidir si le prestaremos cobertura ni el precio de esta. | <p>Por ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted, lo que puede incluir la revisión de la calidad de la atención y los servicios que recibe. También podemos usar esta información en auditorias e investigaciones de fraude.</p> |
| <p>Pagar sus servicios de atención médica</p> | <ul style="list-style-type: none"> Podemos usar y compartir su información mientras paguemos sus servicios de atención médica. | <p>Por ejemplo: Compartimos información con los médicos, las clínicas u otras entidades que nos facturen por su atención. También podemos reenviar facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.</p> |
| <p>Administrar su plan</p> | <ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir su información médica con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para administrar su plan. | <p>Por ejemplo: Tenemos un contrato con DHCS para ofrecerle un plan de salud y, por lo cual, tenemos la obligación de compartir cierta información con ellos.</p> |

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

En ciertos casos, la ley nos permite o nos exige compartir su información para promover el bienestar público en general, como en materia de investigación y salud pública. Antes de compartir su información por estos motivos, debemos cumplir con todos los requisitos legales que aplican.

Boletín de Avisos Anual 2025

| | |
|---|--|
| Ayudar con la salud pública y los problemas de seguridad | <p>Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• prevenir enfermedades• ayudar a retirar productos del mercado• informar sobre reacciones adversas a los medicamentos• avisar si se sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica• prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien. |
| Cumplir la ley | <ul style="list-style-type: none">• Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando necesiten confirmar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad. |
| Responderemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajaremos con un examinador médico o un director funerario | <ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.• Podemos compartir información médica con un forense, examinador médico o director funerario, cuando fallece una persona. |
| Atender solicitudes de indemnización para trabajadores, de la policía y otras solicitudes gubernamentales | <p>Podemos usar o compartir su información médica:</p> <ul style="list-style-type: none">• para atender reclamos de indemnización para trabajadores• por motivos relacionados con la aplicación de la ley o con un oficial de seguridad pública• con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley• para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial. |
| Responder a demandas y acciones judiciales | <ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica en respuesta a alguna orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial. |
| Cumplir leyes especiales | <ul style="list-style-type: none">• Existen leyes especiales que protegen ciertos tipos de información médica, como los servicios de salud mental, el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, y las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA. Obedeceremos estas leyes cuando sean más estrictas que este aviso.• También existen leyes que limitan nuestro uso y divulgación por razones directamente relacionadas con la administración de los programas de CalOptima Health. |

Boletín de Avisos Anual 2025

Confidencialidad de servicios delicados:

CalOptima Health se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de la información relacionada con los servicios delicados que recibe. Estos servicios incluyen atención de salud mental y del comportamiento, tratamientos de trastornos por consumo de sustancias, atención para la afirmación de género, atención médica reproductiva y sexual, infecciones de transmisión sexual, casos de violación o agresión sexual, enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles, atención relacionada con el VIH/SIDA, y la violencia en la pareja, según lo define el Código Civil de California § 56.05(s).

CalOptima Health enviará información sobre los servicios delicados a la dirección postal, correo electrónico o número de teléfono de su preferencia, o, si no proporciona otra opción, usaremos los datos que tenemos en archivo. CalOptima Health no compartirá información médica sobre estos servicios con nadie más sin su consentimiento por escrito. CalOptima Health respetará sus solicitudes de comunicación confidencial en la forma y formato que usted elija, siempre que sea posible.

Su solicitud de comunicación confidencial relacionada con los servicios delicados seguirá vigente hasta que usted la cancele o presente una nueva solicitud. Llámennos gratuitamente al **1-888-587-8088 (TTY 711)**, o escríbanos para saber cómo solicitar información sobre servicios delicados. Tendrá que enviar su solicitud por escrito y brindarnos cierta información. Podemos enviarle los formularios necesarios. Procesaremos su solicitud en un plazo de 7 días calendario después de recibir su llamada o en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud por correo postal.

Cambios a los términos en este aviso

CalOptima Health se reserva el derecho de cambiar este aviso de privacidad y las formas en las que mantenemos segura su PHI. Si esto sucede, actualizaremos el aviso y le notificaremos. También publicaremos el aviso actualizado en nuestro sitio web.

Possible divulgación posterior

La información compartida por CalOptima Health, ya sea autorizada por usted (o su representante personal) o en virtud de las leyes de privacidad aplicables, puede ser compartida nuevamente por la persona que recibe su información, si no está obligada por ley a proteger su información.

Cómo comunicarse con nosotros para ejercer sus derechos

Si desea ejercer alguno de los derechos de privacidad que se explican en este aviso, escríbanos a:

CalOptima Health
Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-888-587-8088 (TTY 711)

O bien, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health **gratuitamente al 1-888-587-8088 (TTY 711)**. Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que no protegimos su privacidad y desea presentar una queja o reclamación, puede escribir o llamar a CalOptima Health a la dirección y al número de teléfono antes mencionados. También puede comunicarse a las agencias que se mencionan a continuación:

Boletín de Avisos Anual 2025

California Department of Health Care Services

Privacy Officer

C/O: Office of HIPAA Compliance

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico:

DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov

Teléfono: 1-916-445-4646

Fax: 1-916-440-7680

U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights Regional Manager

90 Seventh St., Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Teléfono: 1-800-368-1019

Fax: 1-202-619-3818

TDD: 1-800-537-7697

Ejerza sus derechos sin temor

CalOptima Health no puede revocar sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le afecte de alguna manera si decide presentar una queja o ejercer alguno de los derechos de privacidad incluidos en este aviso. Este aviso se aplica a todos los programas de atención médica de CalOptima Health.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. CalOptima Health PACE cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles. CalOptima Health PACE no discrimina, excluye ilegalmente a las personas ni las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

CalOptima Health PACE brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna para las personas con discapacidades para ayudarles a que se comuniquen mejor, como los siguientes:
 - ✓ intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - ✓ información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos de manera oportuna para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - ✓ intérpretes capacitados
 - ✓ información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CalOptima Health PACE, las 24 horas al día, los 7 días de la semana, al **1-844-999-7223**. Si no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY al **1-714-468-1063**. Podemos proporcionar este documento en braille, letra grande, cinta de audio o formato electrónico al ser solicitado. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

CalOptima Health PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843
1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)

Boletín de Avisos Anual 2025

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que CalOptima Health PACE no le proporcionó estos servicios o lo discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para la Resolución de Quejas y Apelaciones de CalOptima Health PACE. Puede presentar su queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: comuníquese con CalOptima Health PACE, las 24 horas al día, los 7 días de la semana, al **1-844-999-7223**. O, si no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY al **1-714-468-1063**.
- Por escrito: llene el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a CalOptima Health PACE Quality Improvement – Grievance and Appeals 13300 Garden Grove Blvd. Garden Grove, CA 92843
- En persona: visite el consultorio de su médico o la oficina de CalOptima Health PACE y diga que quiere presentar una queja.
- Electrónicamente: visite la página web de CalOptima Health PACE en www.caloptima.org/PACE.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES -

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al **916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY al **711** (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: llene el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Puede localizar los formularios de quejas en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES -

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

Boletín de Avisos Anual 2025

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY al **1-800-537-7697**.
- Por escrito: llene el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Puede localizar los formularios de quejas en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- Electrónicamente: visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y dispositivos y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). These services are free of charge.

(Arabic)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك، اتصل بالرقم **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամ մարդկանց տրամադրվող աջակցությունները և ծառայությունները, ինչպիսիք են բրայլյան այբուբենով և խոշոր տպագիր փաստաթղթերը, նույնպես հասանելի են: Զանգահարեք **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) հեռախոսահամարով: Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាលាតា ឬសំខ្លួន សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាលេកសារសរសៃរាជក្រឹត សម្រាប់ជនពិការត្រូវបុងកសារសរសៃរាជក្រឹត អក្សរពុម្ព កំអារក្រាលនិងដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគឺត្រូវទូទៅយ៉ា។

简体中文 (Simplified Chinese)

注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请致电 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。也为残障人士提供帮助和服务, 例如盲文和大字体的文件。请致电 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。这些服务是免费的。

简体中文 (Simplified Chinese)

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助, 請致電 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。也為殘障人士提供幫助和服務, 例如盲文和大字體的文件。請致電 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。這些服務是免費的。

Boletín de Avisos Anual 2025

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید، با شماره ۱-۸۴۴-۹۹۹-۷۲۲۳ (TTY ۱-۷۱۴-۴۶۸-۱۰۶۳) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند مطالب با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. شماره تماس ۱-۸۴۴-۹۹۹-۷۲۲۳ (TTY ۱-۷۱۴-۴۶۸-۱۰۶۳) این خدمات رایگان هستند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્લેટલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: आगर आपको हिन्दी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) पर कॉल करें। विकलांगता वाले लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua yog lus Hmong, hu rau **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Cov kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg tsis taus, zoo li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille thiab luam ntawv loj, kuj muaj. Hu rau **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Cov kev pab cuam no pub dawb.

日本語 (Japanese)

注:お客様の言語でのお手伝いが必要な場合は、**1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)までお電話ください。障害をお持ちの方のために、点字や大きな文字での文書など支援とサービスをご用意しています。**1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)までお電話ください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

한국어 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 번호 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글자 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 번호 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) 번으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ການເອີ້ນໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາລາວ, ໂທທາ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸ້ນ ແລະ ເປັນຕົວພິມໃຫຍ່, ແມ່ນ ຍັງມີຢູ່. ໂທທາ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). ການບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiemp longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz taux **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux gouw waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz taux **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnangv oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧੰਨਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵੰਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੋਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਾਂਚਿ ਕੀ ਬਹੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰੋਟ ਵੰਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Boletín de Avisos Anual 2025

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Aceste servicii sunt gratuite.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ. Если вы хотите получить поддержку на своем языке, звоните по тел. **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Также доступны вспомогательные устройства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Обращайтесь по тел. **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at malaking print. Tumawag sa **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Libre ang mga serbisyo ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ ให้โทรต่อไปที่ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) การให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในภาษาเบรลล์และเอกสารที่มีตัวพิมพ์พิเศษได้แก่ ยังมีให้บริการ โทรต่อที่ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) บริการเหล่านี้เป็นฟรี

Türkçe (Turkish)

DİKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте на номер **1-844-999-7223** (телефайп **1-714-468-1063**). Доступні допоміжні засоби й послуги для людей з обмеженими можливостями, зокрема документація, надрукована шрифтом Брайля, а також із великим розміром тексту. Телефонуйте на номер **1-844-999-7223** (телефайп **1-714-468-1063**). Ці послуги надаються безкоштовно.

اردو (Urdu)

توجه: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). معدور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنسٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

XIN LUU Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Chúng tôi cũng trợ giúp và cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và chữ in khổ lớn. Xin gọi số **1-844-999-7223** (TTY **711**). Những dịch vụ này đều miễn phí.



CalOptima Health, A Public Agency

P.O. Box 11063
Orange, CA 92856-8163

Boletín de Avisos Anual 2025

¡Mire adentro!

- Donación de órganos o tejidos
- Declaración de derechos de los participantes
- Proceso de quejas y apelaciones
- Aviso de las prácticas de privacidad
- Aviso de no discriminación

Números telefónicos del PACE y horario de atención

Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Estamos cerrados algunos días festivos.

| | |
|--|------------------------------|
| Línea local de PACE: | 1-714-468-1100 |
| Línea gratuita de PACE: | 1-844-999-PACE (7223) |
| Línea TTY de PACE: | 1-714-468-1063 |
| Médico de guardia (24 horas): | 1-714-468-1100 |
| Caídas: | 1-714-468-1100 |
| Farmacia: | 1-714-554-1111 |
| Transporte: | 1-714-468-1068 |
| (disponible de lunes a viernes, de 6 a. m. a 5:30 p. m.) | |
| Transporte después del horario de atención | |
| (disponible en cualquier momento): | 1-888-746-8080 |
| Centros de cuidado urgente | |
| Exer Urgent Care Costa Mesa: | 1-949-688-2010 |
| Orange County Urgent Care Anaheim: | 1-714-991-5700 |
| Nellie Gail Urgent Care Laguna Hills: | 1-949-600-1907 |
| Sunrise Urgent Care Orange: | 1-714-771-1420 |

Llame al 911 si tiene una emergencia de vida o muerte.