

**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA  
LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**



**CONVENIO DE INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE**

**TÉRMINOS Y CONDICIONES  
VIGENTE A PARTIR DEL 1.º DE MAYO DE 2025**

**CALOPTIMA HEALTH PACE  
HEALTH PLAN ADMINISTRATION  
13300 GARDEN GROVE BLVD.  
GARDEN GROVE, CA 92843  
1-714-468-1100**

**NÚMERO GRATUITO: 1-844-999-PACE (7223)  
Para las personas con dificultades auditivas  
TTY/TDD: 1-714-468-1063**

H7501\_25MM001TS\_M

ESTE FOLLETO PERTENECE A

CENTRO

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN

ADMINISTRADOR(A) DEL CENTRO

PROVEEDOR(A)

TRABAJADOR(A) SOCIAL

**PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA LAS 24 HORAS**

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO DE GUARDIA

**1-714-468-1100**

NÚMERO DE TELÉFONO PARA EMERGENCIAS **911**

## ÍNDICE

|  |               |
|--|---------------|
| CAPÍTULO 1: BIENVENIDO AL CALOPTIMA HEALTH PACE .....                          | 4             |
| CAPÍTULO 2: FUNCIONES ESPECIALES DE CALOPTIMA HEALTH PACE .....                | 9             |
| CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN .....                                   | 13            |
| CAPÍTULO 4: BENEFICIOS Y COBERTURA .....                                       | 15            |
| CAPÍTULO 5: SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE .....                    | 20            |
| CAPÍTULO 6: EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS .....                      | 23            |
| CAPÍTULO 7: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES .....                             | 24            |
| CAPÍTULO 8: PROCESO PARA PRESENTAR QUEJAS Y APELACIONES DEL PARTICIPANTE ..... | 32            |
| CAPÍTULO 9: CUOTAS MENSUALES .....   | 40            |
| CAPÍTULO 10: CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS .....                               | 43            |
| CAPÍTULO 11: CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN .....                                     | 45            |
| CAPÍTULO 12: DISPOSICIONES GENERALES .....                                     | 46            |
| CAPÍTULO 13: DEFINICIONES .....  | 50            |
| ANEXO 1 .....  | 55            |
| PÁGINA DE FIRMAS .....   | PÁGINAS 59–66 |

## CAPÍTULO 1: BIENVENIDO A CALOPTIMA HEALTH PACE

El Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) de CalOptima Health es un plan de servicios de atención médica diseñado solo para personas de 55 años en adelante que tienen necesidades continuas de atención médica. Nos complace darle la bienvenida como participante. Como solo inscribimos a individuos, los dependientes no están cubiertos cuando usted se inscribe.

Conserve este folleto. Su copia firmada del formulario de Convenio de inscripción de CalOptima Health PACE es un contrato vinculante entre usted y CalOptima Health PACE.

Debe leer este documento atentamente y en su totalidad. Las personas con necesidades especiales de atención médica deben leer detenidamente las secciones que aplican a ellas. Puede encontrar un Resumen de Beneficios y la Tabla de Cobertura con las principales disposiciones de CalOptima Health PACE al final de este capítulo. CalOptima Health PACE tiene un acuerdo con los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California que está sujeto a renovación de forma periódica, y si no se renuevan los acuerdos, se cancelará el programa.

Si desea más información sobre los beneficios de CalOptima Health PACE, no dude en comunicarse con nosotros al **1-714-468-1100**. En este acuerdo, CalOptima Health PACE a veces es mencionado como “nosotros” y usted a veces es mencionado como el “participante” o el “miembro”. El término “participante” se utiliza con mayor frecuencia en CalOptima Health PACE. *Quizás usted no esté familiarizado con algunos de los términos utilizados en este documento. Consulte la sección “Definiciones” en el reverso (Capítulo 13) para ver explicaciones de diversos términos utilizados.*

Nuestra filosofía en CalOptima Health PACE es ayudarle a permanecer lo más independiente posible, viviendo en su propia comunidad y en su hogar. Ofrecemos un programa completo de servicios de salud y relacionados con la salud y nos enfocamos en medidas *preventivas* para mantener su bienestar.

Una característica única de CalOptima Health PACE es nuestro enfoque personal en la atención médica y en los servicios. Nos aseguramos de que usted y nuestro personal de atención médica se conozcan bien para poder trabajar juntos de forma efectiva en su

nombre. No reemplazamos la atención de su familia y amigos. En cambio, colaboramos con usted, su familia y amigos para brindarle la atención que necesita. Alentamos sus sugerencias y comentarios que son siempre bienvenidos.

CalOptima Health PACE funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Para tratar los diversos problemas de atención médica crónico de nuestros participantes, nuestros profesionales de atención médica valoran y evalúan cambios, proporcionan una intervención oportuna y alientan a los participantes a ayudarse a sí mismos. Según sus necesidades, brindamos servicios médicos, de enfermería y de nutrición; terapia de rehabilitación; servicios y capacitación en el hogar; productos farmacéuticos; podología; audiología; y servicios para la vista, dentales, de salud mental y cualquier otro servicio aprobado por el equipo interdisciplinario. Ofrecemos atención para casos agudos y de enfermería especializada en centros contratados para pacientes hospitalizados. (*Consulte el Capítulo 4 para una descripción más detallada de los beneficios cubiertos*).

**Estudie este Convenio de inscripción detenidamente.** La inscripción en CalOptima Health PACE es voluntaria. Si no está interesado en inscribirse en nuestro programa, puede enviarnos el Convenio de inscripción sin firmarlo. Si firma y se inscribe con nosotros, sus beneficios con CalOptima Health PACE continúan hasta que decida darse de baja del programa o deje de reunir las condiciones de inscripción. (*Consulte el Capítulo 10 para información sobre la cancelación de beneficios*).

Después de firmar e inscribirse en CalOptima Health PACE, recibirá los siguientes artículos:

- Una copia del Convenio de inscripción de CalOptima Health PACE firmado, que incluye los Términos y condiciones (este documento).
- Una tarjeta de miembro de CalOptima Health PACE (que se proporcionará dentro de 30 días calendario a partir de la inscripción).
- Un imán con nuestros números de teléfono de emergencia para colocar en su hogar.

### **Resumen de beneficios y tabla de cobertura**

La siguiente tabla es para ayudarle a comparar los beneficios de cobertura y es solo un resumen. No hay copagos para los servicios del programa PACE.

Lea todo este folleto, que constituye su Convenio de inscripción con CalOptima Health PACE, para conocer una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de cobertura.

Los servicios deben ser aprobados previamente, o bien se deben recibir de médicos,

hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica especificados que tienen un contrato con CalOptima Health PACE.

Nunca se requiere autorización previa para los Servicios de Emergencia. (*Consulte el Capítulo 4 para los beneficios y cobertura*).

| CATEGORÍA                                    | SERVICIOS Y LIMITACIONES   |
|--|--|
| <b>Deductibles</b>                           | Ninguno  |
| <b>Máximos de por vida</b>                   | Ninguno  |
| <b>Servicios profesionales</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de atención primaria y servicios de especialidad médica, exámenes médicos de rutina, atención médica preventiva, servicios sensibles, servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios y salud mental para pacientes ambulatorios.</li><li>• Cobertura dental que incluye servicios preventivos (exámenes, radiografías y limpiezas) y servicios de reparación (empastes, conductos radiculares, coronas, implantes dentales, puentes y dentaduras postizas).</li><li>• Atención de la vista. Anteojos con receta médica y lentes de contacto correctivos después de una cirugía de cataratas.</li><li>• Servicios de audología. Exámenes de la audición y aparatos auditivos.</li><li>• Podología de rutina.</li><li>• Servicios sociales médicos/administración de casos.</li><li>• Terapia de rehabilitación. Incluye terapia física, ocupacional y del habla.</li></ul> |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios</b> | Cobertura de servicios quirúrgicos, salud mental, radiografías de diagnóstico y servicios de laboratorio.  |

| CATEGORÍA  | SERVICIOS Y LIMITACIONES  |
|--|---|
| <b>Servicios de hospitalización</b>                    | Cobertura de habitación semiprivada y comida, y todos los servicios necesarios incluidos servicios médicos generales y de enfermería, servicios de psiquiatría, cargos de quirófano, servicios de diagnóstico o terapéuticos, servicios de laboratorio, radiografías, vendajes, yesos, anestesia, sangre y productos derivados de la sangre, medicamentos y productos biológicos. No tienen cobertura las habitaciones privadas, ni la enfermería privada, ni los artículos no médicos, salvo que estén autorizados por el equipo interdisciplinario. |
| <b>Cobertura de salud de emergencia</b>                | Cobertura de servicios de emergencia. CalOptima Health PACE no cubre servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, salvo por servicios de emergencia que requieran hospitalización en Canadá o México.   |
| <b>Servicios de ambulancia</b>                         |   |
| <b>Cobertura de medicamentos recetados</b>             | Cobertura de medicamentos cuando son recetados por un proveedor de CalOptima Health PACE.   |
| <b>Equipo médico duradero</b>                          |   |
| <b>Servicios de salud mental</b>                       |   |
| <b>Servicios por dependencia a sustancias químicas</b> |   |
| <b>Servicios de salud en el hogar</b>                  |   |

| CATEGORÍA   | SERVICIOS Y LIMITACIONES   |
|-------------|--|
| <b>Otro</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de enfermería especializada. La cobertura solo se proporciona para habitaciones semiprivadas, a menos que sea autorizada por el equipo interdisciplinario.</li> <li>• Servicios de atención a domicilio.</li> <li>• Servicios en un centro diurno (incluye nutrición, comidas calientes, acompañante y transporte).</li> <li>• Materiales, suministros y servicios necesarios para el manejo de la diabetes mellitus.</li> <li>• Atención para el final de la vida.</li> </ul> |

*Tenga presente que: todos los servicios y beneficios se determinan a través del plan de atención (o plan de tratamiento) a criterio del equipo interdisciplinario.*

## CAPÍTULO 2: FUNCIONES ESPECIALES DE CALOPTIMA HEALTH PACE

Nuestro plan de servicios de atención médica tiene varias características únicas:

### **1. Especialidad en la atención**

Nuestro enfoque exitoso se centra en elaborar planes de atención personalizados que aborden problemas de salud y relacionados con la salud específicos para cada participante. Nuestros proveedores sumamente capacitados y especializados planifican y proporcionan la atención, de forma tal que la atención que recibe sea integral y esté coordinada.

### **2. El equipo interdisciplinario**

Su atención es planificada y proporcionada por un equipo de especialistas que trabajan junto con usted. Su equipo incluye un proveedor de atención primaria (médico o enfermera especialista titulada), una enfermera titulada, un coordinador de atención a domicilio, un trabajador social, un terapeuta físico, terapeuta ocupacional, terapeuta recreativo o coordinador de actividades, un nutriólogo, el Administrador del centro PACE, y otras personas que le asisten, tales como asistentes para el cuidado personal y los conductores de nuestras camionetas. Se emplean los conocimientos especiales de cada miembro del equipo para evaluar sus necesidades de atención médica. Si es necesario, se puede llamar a otros miembros del personal. Juntos elaboran un plan de atención solo para usted.

### **3. Centros**

Recibirá muchos de sus servicios de atención médica en nuestros centros, en donde se encuentra su equipo. Nuestros equipos y centros se encuentran en las siguientes direcciones del condado de Orange:

#### CalOptima Health PACE Center

13300 Garden Grove Blvd.

Garden Grove, CA 92843

#### Alternative Care Settings (ACS)

11391 Acacia Parkway

Garden Grove, CA 92840

1158 N. Knollwood Circle

Anaheim, CA 92801

24260 El Toro Road

Laguna Woods, CA 92637

9451 Indianapolis Ave. Huntington  
Beach, CA 92646

Varios factores, entre ellos su preferencia, la ubicación de su hogar y sus necesidades especiales, determinarán a qué centro asistirá. Ofrecemos transporte para que vaya al centro. La frecuencia con la que vaya al centro dependerá de su plan de atención. CalOptima Health PACE le ofrece acceso a atención médica a través de nuestros proveedores de atención primaria y nuestro centro las 24 horas, los 365 días del año.

#### **4. Selección de médicos y proveedores**

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉNES O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PODRÍA RECIBIR SU ATENCIÓN MÉDICA.**

Como la atención en CalOptima Health PACE se proporciona a través de un equipo interdisciplinario, el proveedor de atención primaria que elija es miembro de su equipo interdisciplinario. Se le asignarán otros proveedores para su equipo. Su proveedor de atención primaria es responsable de todas sus necesidades de atención médica primaria y, con la ayuda de su equipo interdisciplinario, coordina otros servicios médicos que podría necesitar. Los participantes tienen la opción de buscar servicios ginecológicos directamente de un ginecólogo participante.

Cuando es necesario, los servicios se prestan en su domicilio, en un hospital o en un centro de enfermería para personas mayores. Tenemos contratos con especialistas (tales como cardiólogos, urólogos y traumatólogos), farmacias, laboratorios y servicios de radiografías, como también con hospitales y centros de enfermería para personas mayores. En caso de que necesite atención, su equipo continuará trabajando con usted para supervisar estos servicios, su salud y sus necesidades continuas.

Si desea conocer los nombres, las ubicaciones y los horarios de nuestros hospitales, centros de enfermería para personas mayores y otros proveedores contratados, puede solicitar esta información al Administrador del centro PACE al **1-714-468-1100** o al número gratuito **1-844-999-PACE (7223)**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-714-468-1063**.

#### **5. Autorización y administración de la atención**

Conocerá muy bien a todos los miembros del equipo ya que todos trabajarán en estrecha colaboración con usted para ayudarle a mantenerse lo más saludable e independiente posible. Antes de que pueda recibir algún servicio de CalOptima Health PACE, el equipo interdisciplinario debe aprobar el servicio. Sin embargo, nunca se requiere autorización previa para los servicios de emergencia.

Como mínimo cada 6 meses, o con mayor frecuencia si tiene problemas, su equipo evalúa sus necesidades y ajusta los servicios si es necesario. Usted o su familia pueden solicitar una evaluación. Si su situación cambia, el equipo interdisciplinario ajusta sus servicios en función de su evaluación del plan de atención y otras necesidades.

## **6. Relación Medicare/Medi-Cal**

Los beneficios en virtud de este Convenio de inscripción son posibles mediante un acuerdo que tiene CalOptima Health PACE con Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos) y Medi-Cal (el Departamento de Servicios de Atención Médica de California). Al firmar este Convenio de inscripción, usted confirma que acepta los beneficios de CalOptima Health PACE en lugar de los beneficios habituales de Medicare y Medi-Cal. CalOptima Health PACE proporcionará servicios en función de sus necesidades: los mismos beneficios a los que tiene derecho con Medicare y Medi-Cal, y muchos más.

Para obtener información adicional con respecto a los beneficios cubiertos por Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoría y Apoyo para los Consumidores de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). HICAP ofrece asesoría sobre seguros médicos para los ciudadanos de la tercera edad de California. Llame al número gratuito de HICAP, 1-800-434-0222, para obtener una referencia a la oficina local de HICAP. HICAP es un servicio gratuito que ofrece el estado de California.

## **7. Sin límites prestablecidos a la atención**

CalOptima Health PACE no tiene límites prestablecidos para los servicios. No hay límites ni restricciones a la cantidad de días en el hospital o en el hogar para personas mayores que están cubiertos si su proveedor de CalOptima Health PACE determina que son necesarios. La atención a domicilio se autoriza y se proporciona con la frecuencia y la duración que determinen los expertos clínicos del equipo según la evaluación de sus necesidades.

## **8. Disposición de “exclusividad”**

Al inscribirse en CalOptima Health PACE, seremos su único proveedor de servicios, y usted acepta recibir servicios médicos **exclusivamente** de nuestra organización, salvo en caso de una emergencia o para servicios requeridos de urgencia aprobados cuando se encuentre fuera del área de servicio. Tendrá acceso a toda la atención que necesita a través de nuestro personal o mediante arreglos que hace CalOptima Health PACE con proveedores contratados, pero **ya no podrá obtener servicios de**

**otros médicos o proveedores médicos bajo el sistema tradicional de Medicare y Medi-Cal de tarifa por servicio.** La inscripción en CalOptima Health PACE tiene como resultado la cancelación de la membresía en cualquier otro plan prepago o beneficio opcional de Medicare o Medi-Cal.

Elegir la inscripción en cualquier otro plan prepago o beneficio opcional de Medicare o Medi-Cal, incluido el beneficio de cuidados paliativos, después de inscribirse en CalOptima Health PACE, se considera una cancelación voluntaria de la membresía de CalOptima Health PACE. Si no es elegible para Medicare cuando se inscribe en CalOptima Health PACE, y pasa a ser elegible después de la inscripción, será dado de baja si elige obtener cobertura de Medicare que no sea de la organización de CalOptima Health PACE. (Tenga presente que cualquier servicio que utilice antes de su inscripción no será pagado por CalOptima Health PACE a menos que sea expresamente autorizado).

## CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Usted es elegible para inscribirse en CalOptima Health PACE si:

- Reside en el área de servicio de CalOptima Health PACE, que incluye los siguientes códigos postales:

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 90620 | 92602 | 92624 | 92649 | 92672 | 92694 | 92801 | 92832 | 92866 |
| 90621 | 92603 | 92625 | 92651 | 92673 | 92701 | 92802 | 92833 | 92867 |
| 90623 | 92604 | 92626 | 92653 | 92675 | 92703 | 92804 | 92835 | 92868 |
| 90630 | 92606 | 92627 | 92655 | 92676 | 92704 | 92805 | 92840 | 92869 |
| 90631 | 92610 | 92629 | 92656 | 92677 | 92705 | 92806 | 92841 | 92870 |
| 90638 | 92612 | 92630 | 92657 | 92679 | 92706 | 92807 | 92843 | 92886 |
| 90680 | 92614 | 92637 | 92660 | 92683 | 92707 | 92808 | 92844 | 92887 |
| 90720 | 92617 | 92646 | 92661 | 92688 | 92708 | 92821 | 92845 |       |
| 90740 | 92618 | 92647 | 92662 | 92691 | 92780 | 92823 | 92861 |       |
| 90743 | 92620 | 92648 | 92663 | 92692 | 92782 | 92831 | 92865 |       |

- Tiene 55 años o más.
- Requiere el nivel de atención de un centro de enfermería del estado, según una evaluación de nuestro equipo interdisciplinario. Un “centro de enfermería especializada” es una designación de nivel de atención que establece la necesidad de disponibilidad continua las 24 horas de enfermería especializada. Un “centro de atención intermedia” es una designación de nivel de atención que establece la necesidad de atención supervisada las 24 horas durante la semana.
- Es capaz de vivir en la comunidad sin arriesgar su salud y seguridad al momento de la inscripción.

Además, debe reunir los siguientes requisitos:

- El Departamento de Servicios de Atención Médica de California debe haber certificado que cumple estos requisitos de nivel de atención. Como CalOptima Health PACE presta servicios solo a personas mayores que cumplen los requisitos del estado de un nivel de atención para la cobertura de servicios en un centro de enfermería, una revisión externa debe confirmar que su situación de salud, de hecho, lo califica para nuestra atención.
- El Departamento de Servicios de Atención Médica de California ofrece esta revisión

antes de que firme el Convenio de inscripción de CalOptima Health PACE sobre la base de una revisión de documentos preparados por los miembros del equipo interdisciplinario que han evaluado su salud.

Su inscripción en CalOptima Health PACE es vigente a partir del primer día del mes calendario posterior a la fecha en que firma el Convenio de inscripción. Por ejemplo, si firma el Convenio de inscripción el 14 de marzo, su inscripción será vigente a partir del 1.º de abril. Tenga presente que no puede inscribirse ni cancelar la membresía de CalOptima Health PACE en una oficina del Seguro Social.

- CalOptima Health PACE completará las evaluaciones iniciales y el plan de atención para usted. El Departamento de Servicios de Atención Médica de California hará la determinación final de la elegibilidad clínica. Si el Departamento de Servicios de Atención Médica de California determina que es elegible, CalOptima Health PACE iniciará el proceso de inscripción.
- Si no cumple los requisitos de elegibilidad financiera para Medi-Cal, puede pagar de forma privada por su atención. (Consulte el CAPÍTULO 9).
- Si se le niega la inscripción porque su salud o su seguridad estarían en riesgo al vivir en un entorno comunitario, CalOptima Health PACE hará lo siguiente:
  - (1) Le notificará por escrito el motivo de la negación, y su derecho de apelar la negación a través del proceso de Audiencia Imparcial Estatal.
  - (2) Lo referirá a servicios alternativos, según corresponda.
  - (3) Mantendrá documentación de respaldo del motivo de la negación.
  - (4) Notificará a los CMS y a la agencia administradora del estado en la forma y de la manera especificada por los CMS y pondrá la documentación a disposición para revisión.
- Después de firmar el Convenio de inscripción, sus beneficios conforme a CalOptima Health PACE continúan por tiempo indefinido a menos que decida darse de baja del programa (cancelación de membresía voluntaria), o deje de reunir las condiciones de inscripción (cancelación de membresía involuntaria).

## CAPÍTULO 4: BENEFICIOS Y COBERTURA

*Consulte el Capítulo 5 para saber cómo recibir atención si tiene una emergencia médica u otra necesidad urgente de atención.*

### **¿Qué debo hacer si necesito atención?**

Todo lo que necesita hacer es llamar a su centro que se indica en la anteportada de este folleto en cualquier momento.

Nuestro plan ofrece acceso fácil a toda una serie de profesionales y servicios de atención médica. Después de la inscripción, se le asignará un proveedor de atención primaria en el centro en donde recibirá servicios.

Todos los beneficios están cubiertos por CalOptima Health PACE y se proporcionarán de acuerdo con sus necesidades según lo evalúe su equipo interdisciplinario de conformidad con estándares reconocidos profesionalmente. Si desea información más específica sobre cómo autorizamos o denegamos los servicios de atención médica, solicítela al trabajador social.

### **Los beneficios incluyen:**

- Servicios en el centro PACE, su domicilio, la comunidad, hospitales y centros de enfermería.
- Visitas a una clínica de atención primaria (con el médico de CalOptima Health PACE, la enfermera especialista titulada y/o la enfermera).
- Exámenes médicos de rutina, y evaluaciones de salud y cuidado preventivos (incluidos exámenes de Papanicolaou, mamografías, inmunizaciones y todas las pruebas de detección del cáncer generalmente aceptadas).
- Servicios delicados, que son servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual y pruebas de VIH.
- Servicios de especialidad médica, que incluyen, entre otros:
  - Anestesiología
  - Audiología
  - Cardiología
  - Odontología
  - Dermatología

- Gastroenterología
- Ginecología
- Medicina interna
- Nefrología
- Neurocirugía
- Oncología
- Oftalmología
- Cirugía oral
- Cirugía ortopédica
- Otorrinolaringología
- Medicina paliativa
- Servicios de consulta y farmacia
- Cirugía plástica
- Podología
- Psiquiatría
- Neumología
- Radiología
- Reumatología
- Cirugía general
- Cirugía de tórax y vascular
- Urología
- Diálisis renal.
- Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios.
- Salud mental para pacientes ambulatorios.
- Servicios sociales/administración de casos (lo cual incluye médicos).
- Educación sobre la salud y asesoramiento.
- Terapia de rehabilitación (física, ocupacional y del habla).
- Cuidado personal.
- Terapia recreativa.
- Actividades sociales y culturales.

- Asesoramiento nutricional y comidas calientes.
- Transporte, incluido acompañante.
- Servicio de ambulancia.
- Radiografías.
- Pruebas de laboratorio.
- Cobertura de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios.
- Equipo médico duradero.
- Aparatos ortopédicos y prótesis.
- Medicamentos y fármacos recetados.
- Atención de la vista (antojos con receta médica, lentes de contacto correctivos después de cirugía de cataratas).
- Exámenes de la audición y aparatos auditivos.
- Cuidado dental del dentista de CalOptima Health PACE, con el objetivo de restaurar la función bucal del participante a una condición que ayudará a mantener un estado de salud y nutricional óptimo. Los servicios dentales incluyen, entre otros: cuidado preventivo (exámenes iniciales y anuales, radiografías, profilaxis e instrucciones para la higiene bucal); cuidado básico (empastes y extracciones); y cuidado mayor (tratamiento que se determina por la condición de la boca, por ejemplo, la cantidad de hueso de apoyo restante, la capacidad del participante de cumplir con las indicaciones, y la motivación del participante para seguir una atención médica bucal). El cuidado mayor incluye coronas temporales, dentaduras postizas completas o parciales y conductos radiculares.
- Diagnóstico y tratamiento de disfunción eréctil masculina, siempre que la atención sea de un médico del personal de CalOptima Health PACE o de un especialista médico con contrato con CalOptima Health PACE y que tal atención esté autorizada por el equipo interdisciplinario.
- Mastectomía, tumorectomía, disección de ganglio linfático, dispositivos de prótesis y cirugía reconstructiva.
- Materiales, suministros y servicios necesarios para el manejo de la diabetes mellitus.

## **Servicios en el hogar**

- Atención a domicilio
  - Cuidado personal (por ej., aseo personal, vestirse, asistencia para usar el baño)
  - Servicios domésticos/de ayuda para tareas domésticas
  - Mantenimiento de rehabilitación

- Evaluación del entorno del hogar
- Salud en el hogar
  - Servicios de enfermería especializada
  - Visitas del médico (a criterio del médico)
  - Servicios sociales (lo cual incluye médicos)
  - Servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio

### **Atención para pacientes hospitalizados**

- Habitación semiprivada y comida
- Servicios médicos generales y de enfermería
- Servicios psiquiátricos
- Comidas
- Medicamentos y fármacos con receta médica y productos biológicos
- Artículos y servicios de diagnóstico o terapéuticos
- Pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico
- Servicios médicos/quirúrgicos, cuidados intensivos, unidad de cuidado coronario, según sea necesario
- Diálisis renal
- Vendajes, yesos, suministros
- Quirófano y sala de recuperación
- Oxígeno y anestesia
- Trasplantes de órganos y de médula ósea (no experimentales ni de investigación)
- Uso de aparatos, como silla de ruedas
- Servicios de rehabilitación, como terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria
- Radioterapia
- Sangre, plasma sanguíneo, factores de la coagulación y derivados de la sangre
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

CalOptima Health PACE solo cubrirá una habitación y enfermería privadas, o cualquier otro artículo no médico que tenga cargo adicional, como cargos telefónicos o alquiler de televisión, cuando lo autorice el equipo interdisciplinario.

### **Centro de enfermería especializada**

- Habitación semiprivada y comida
- Servicios de un médico y enfermería
- Cuidado de custodia
- Todas las comidas
- Cuidado personal y asistencia
- Medicamentos recetados y productos biológicos

- Suministros médicos y aparatos necesarios, como una silla de ruedas
- Terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria
- Servicios sociales médicos

CalOptima Health PACE solo cubrirá una habitación y enfermería privadas, o cualquier otro artículo no médico que tenga cargo adicional, como cargos telefónicos o alquiler de televisión, cuando lo autorice el equipo interdisciplinario.

### **Atención para el final de la vida**

El programa de cuidados para alivio de CalOptima Health PACE está disponible para atender a las personas con una enfermedad terminal. Si es necesario, su proveedor de atención primaria y otros expertos clínicos de su equipo interdisciplinario trabajarán con usted y con su familia para proporcionar estos servicios directamente o a través de contratos con proveedores locales de cuidados paliativos. Si desea recibir el beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá dar de baja la membresía en nuestro programa e inscribirse a un proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. (*Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre sus derechos relacionados con los servicios de cuidados paliativos, cuidados de confort o cuidados para el final de la vida*).

## CAPÍTULO 5: SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

CalOptima Health PACE ofrece atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.

Una emergencia es una afección médica que pone en riesgo la vida. Si no se diagnostica y se trata de inmediato, las afecciones médicas emergentes podrían resultar en daño grave y permanente para su salud. Algunos ejemplos de una emergencia pueden incluir:

- Dolor de pecho/síntomas de un ataque cardiaco
- Pérdida de conciencia inesperada o repentina
- Atragantamiento
- Dificultad grave para respirar
- Síntomas de un derrame cerebral
- Sangrado intenso
- Aparición inesperada y repentina de una enfermedad grave
- Lesión significativa por una caída

Los **servicios de emergencia** incluyen servicios para pacientes ambulatorios u hospitalizados proporcionados de inmediato dentro o fuera del área de servicio por una afección médica de emergencia.

**Llame al “911” si considera razonablemente que tiene una afección médica de emergencia que requiere una respuesta de emergencia o servicios de transporte de ambulancia.** Algunos ejemplos de afecciones médicas de emergencia que requieren una respuesta de emergencia son shock, pérdida de conciencia, dificultad para respirar, síntomas de un ataque cardiaco, dolor intenso o una caída grave.

Después de usar el sistema de respuesta de emergencia “911”, usted o su familia deben notificar a CalOptima Health PACE lo antes posible para maximizar la continuidad de su atención médica. Los médicos de CalOptima Health PACE que están familiarizados con su historial médico trabajarán con los proveedores del servicio de emergencia para hacer un seguimiento de su atención y transferir su atención a un proveedor contratado de CalOptima Health PACE cuando su afección médica se estabilice.

### Cómo prepararse para salir del área de servicio de CalOptima Health PACE

Antes de salir del área de servicio de CalOptima Health PACE, notifique a su equipo interdisciplinario a través de su trabajador social de CalOptima Health PACE. Su trabajador social le explicará qué hacer si se enferma mientras está lejos de su médico de CalOptima Health PACE. Asegúrese de tener con usted su tarjeta de miembro de CalOptima Health PACE en todo momento, particularmente al viajar fuera del área de servicio. Su tarjeta lo identifica como participante de CalOptima Health PACE y brinda

información a los proveedores de atención (salas de emergencia y hospitales) sobre su cobertura de atención médica y cómo comunicarse con nosotros, si es necesario.

Si está fuera del área de servicio de CalOptima Health PACE por más de 30 días, CalOptima Health PACE podría cancelar su membresía a menos que el programa acepte una ausencia más prolongada por circunstancias atenuantes, por ejemplo, cuando un participante es hospitalizado o está fuera del área de servicio durante los 30 días iniciales de la inscripción, o los servicios se ven alterados por acontecimientos catastróficos relacionados con el clima.

### **Emergencias y atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio**

CalOptima Health PACE cubre tanto servicios de emergencia como atención de urgencia cuando está temporalmente fuera de nuestra área de servicio, pero siempre dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Si usa servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio (por ejemplo, servicios de ambulancia o como paciente hospitalizado), debe notificar a CalOptima Health PACE dentro de las 48 horas o lo antes que le sea razonablemente posible. Si es hospitalizado, tenemos derecho a coordinar un traslado a un hospital contratado por CalOptima Health PACE o a otro hospital designado por nosotros cuando su afección médica se estabilice. También podríamos trasladar su atención a un médico de CalOptima Health PACE.

La atención de urgencia incluye servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios que son necesarios para evitar un deterioro grave de su salud que se produce por una enfermedad o lesión imprevista en donde el tratamiento no se puede retrasar hasta que regrese a nuestra área de servicio.

La atención posterior a la estabilización se refiere a servicios prestados después de una emergencia que un médico tratante considera médicaamente necesarios después de haber estabilizado una afección médica de emergencia. CalOptima Health PACE pagará todos los servicios de atención médica médicaamente necesarios prestados a un participante que sean necesarios para mantener su situación estabilizada hasta el momento en que CalOptima Health PACE coordine el traslado del participante o el participante sea dado de alta.

CalOptima Health PACE debe aprobar todos los servicios de atención de urgencia o servicios de cuidados posteriores a la estabilización cuando usted está fuera del área de servicio. Para obtener la autorización de los servicios que no son de emergencia fuera del área, debe llamar a CalOptima Health PACE al **1-714-468-1100** y hablar con su enfermera, trabajador social o proveedor de atención primaria. Si no respondemos a su solicitud de

aprobación dentro de (1) hora de comunicarse con nosotros, o no se puede comunicar con nosotros para obtener la aprobación, estos servicios estarán cubiertos.

### **Disposiciones sobre reembolso**

Si ha pagado servicios de emergencia o atención de urgencia que recibió cuando estaba fuera de nuestra área de servicio, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, CalOptima Health PACE se lo reembolsará. Solicite un recibo del centro o del médico involucrado al momento de pagar. Este recibo debe mostrar: el nombre del médico, su problema de salud, la fecha de tratamiento y alta, y también los cargos. Envíe una copia de este recibo a su trabajador social de CalOptima Health PACE dentro de los 30 días hábiles.

Tenga presente que si recibe atención médica o servicios cubiertos según se describe en este documento fuera de los Estados Unidos o sus territorios (distintos a los que se describen arriba), CalOptima Health PACE no será responsable de los cargos.

## CAPÍTULO 6: EXCLUSIONES Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS

*Consulte el Capítulo 5 para saber cómo recibir atención si tiene una emergencia médica u otra necesidad urgente de atención. Excepto por los servicios de emergencia y atención de urgencia recibidos fuera de nuestra área de servicio, toda la atención requiere autorización por adelantado por parte del miembro correspondiente del equipo interdisciplinario.*

*Las siguientes exclusiones generales y específicas se añaden a las exclusiones o limitaciones que se describen en el Capítulo 4 para beneficios particulares.*

### **Los beneficios cubiertos no incluyen:**

- Cirugía cosmética, a menos que se requiera para mejorar la función de una parte del cuerpo con una deformidad producto de una lesión causada por un accidente o para reconstrucción después de una mastectomía.
- Procedimientos médicos, quirúrgicos u otros procedimientos de salud experimentales o de investigación.
- Cualquier servicio prestado fuera de los Estados Unidos o sus territorios, salvo por servicios de emergencia que requieran hospitalización en Canadá o en México.

## CAPÍTULO 7: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### 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.

## **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
- origen étnico
- origen nacional
- religión

- edad
- sexo
- discapacidad mental o física
- orientación sexual
- fuente de pago de su atención médica (por ejemplo, Medicare o Medi-Cal)

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.
- 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.

#### **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 confie 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.
- 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 CalOptima 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).*

## 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:

*Tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:*

- 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.

## **CAPÍTULO 8: PROCESO PARA PRESENTAR QUEJAS Y APELACIONES DEL PARTICIPANTE**

Todos los que formamos parte de CalOptima Health PACE compartimos la responsabilidad de su atención y su satisfacción con los servicios que recibe. Nuestros procedimientos de queja están diseñados para permitirle a usted o a su representante expresar las inquietudes o la insatisfacción que tenga para poder abordarlas de manera oportuna y eficiente. También tiene derecho a apelar cualquier decisión de negar, reducir o suspender lo que usted considere que son servicios cubiertos o cualquier decisión de pagar servicios que considera que debemos pagar nosotros.

La información de este Capítulo describe nuestros procesos de quejas y apelaciones. En cualquier momento que desee presentar una queja o una apelación, estamos a su disposición para asistirle. Si no habla inglés, habrá un miembro bilingüe del personal o servicios de traducción disponibles para ayudarle.

Nunca será discriminado ni se tomarán represalias en su contra, ni se le hará sentir temor de ser discriminado o sufrir represalias por presentar una queja o apelación. CalOptima Health PACE continuará proporcionándole todos los servicios que necesita durante el proceso de queja o apelación. Se mantendrá la confidencialidad de su queja o apelación a lo largo de todo el proceso de queja o apelación, y la información correspondiente a su queja o apelación solo se divulgará a las personas autorizadas.

### **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.

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 para revisar su queja**

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](http://www.healthconsumer.org)  
Teléfono: 1-888-804-3536  
TTY: 1-877-735-2929

## Proceso para presentar apelaciones

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 deniega 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.
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.

**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:

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

## **CAPÍTULO 9: CUOTAS MENSUALES**

Su prima mensual, si corresponde, dependerá de su elegibilidad para Medicare y Medi-Cal, como también de sus ingresos y sus bienes personales. Si tiene que pagar una prima mensual o la cobertura de medicamentos recetados, CalOptima Health PACE se lo explicará. Durante la conferencia de inscripción, hablaremos del monto de su pago y lo anotaremos en su Convenio de inscripción antes de que usted lo firme. Le notificaremos por escrito de cualquier cambio en su prima mensual como mínimo 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Si lo prefiere, CalOptima Health PACE puede retirar automáticamente el pago de la prima de su cuenta bancaria.

Puede seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare como de costumbre o permitir que se descuento directamente de su cheque del Seguro Social, si corresponde.

**La información a continuación puede ayudarle a comprender su prima según su fuente de pago.**

**A. Elegibilidad doble (Medi-Cal y Medicare) o Medi-Cal solamente**

Es posible que no tenga que hacer un pago de una prima mensual a CalOptima Health PACE. El monto de participación mensual, si corresponde, lo determina el estado de California y se paga a CalOptima Health PACE, quien a su vez realizará el pago al estado de California en su nombre. Su equipo interdisciplinario le ayudará a determinar si tendrá alguna responsabilidad de pago. Si corresponde, su pago mensual de \$ \_\_\_\_\_ comienza el \_\_\_\_\_ (fecha).

**B. Medicare solamente**

Si tiene Medicare y no es elegible para Medi-Cal, entonces pagará una prima mensual a CalOptima Health PACE. Su equipo interdisciplinario ayudará a determinar cuál será la prima mensual.

Su prima mensual de \$ \_\_\_\_\_ comienza el \_\_\_\_\_ (fecha). Como esta cuota no incluye el costo de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, usted será responsable de una prima mensual adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_. \* Puede pagar ambas cuotas juntas, o bien puede comunicarse con su trabajador social para conocer opciones adicionales de pago.

\*La cuota mensual de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare será la tasa aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta tasa se calcula anualmente. Se le notificará la tasa vigente aprobada para medicamentos recetados al momento de la inscripción y de forma anual de ahí en adelante.

### **C. Pago privado (sin elegibilidad para Medicare ni para Medi-Cal)**

Si no es elegible para Medicare ni para Medi-Cal, pagará una prima mensual a CalOptima Health PACE. Su prima mensual de \$ \_\_\_\_\_ comienza el \_\_\_\_\_ (fecha). Como esta cuota no incluye el costo de cobertura de medicamentos recetados, usted será responsable de una prima mensual adicional para la cobertura de medicamentos recetados por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_. \*

### **D. Cómo pagar mis cuotas**

Si debe pagar una cuota mensual a CalOptima Health PACE, que incluye una prima por sus servicios o cobertura de medicamentos recetados, o un monto inicial de gasto de Medi-Cal o un costo compartido, recibirá una factura. Debe pagar este monto el primer día del mes después de firmar el Convenio de inscripción. De allí en adelante, los pagos vencerán el primer día de cada mes. El pago se puede hacer con cheque, giro postal, efectivo o deducción automática. Podemos ayudar a configurar la deducción automática para su prima.

Envíe su cheque o giro postal a:

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

### **E. Recibí una factura o reclamo**

Si recibe una factura o reclamo de un proveedor, entregue una copia a un miembro del personal de PACE para la consideración del pago.

Usted no es responsable de los servicios aprobados dentro de la red, y es probable que la factura o el reclamo se le haya enviado por error. Si la factura se trata de un servicio no aprobado o fuera de la red, es posible que no esté cubierto, y que usted sea responsable del pago.

De ser así, CalOptima Health PACE le proporcionará una carta en donde se explica el motivo por el que no está cubierto junto con sus derechos de apelación.

Consulte su Convenio de inscripción firmado para conocer la cantidad que se le cobrará. Si tiene una responsabilidad mensual de pago de una prima o cobertura de medicamentos recetados, el representante de inscripción se lo explicará. Durante la conferencia de inscripción, también hablaremos con usted del monto de su pago y lo anotaremos en su Convenio de inscripción antes de que usted lo firme. Si se le cobran ambas cuotas, puede pagarlas juntas o bien puede comunicarse con su trabajador social para conocer opciones adicionales de pago. Le notificaremos por escrito cualquier cambio en su prima mensual como mínimo 30 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Su prima mensual habitual de la Parte B de Medicare se seguirá deduciendo de su cheque del Seguro Social, si corresponde.

#### **F. Multa por inscripción tardía en la cobertura de medicamentos recetados**

Tenga presente que si es elegible para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se está inscribiendo en CalOptima Health PACE después de estar sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura que fuera por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una cuota mensual más alta por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede comunicarse con su trabajador social de CalOptima Health PACE para obtener más información y averiguar si esto se aplica a usted.

Si debe pagar una prima mensual o una prima por cobertura de medicamentos recetados, recibirá una factura. Debe pagar este monto el primer día del mes después de firmar el Convenio de inscripción y el primer día de cada mes subsiguiente. El pago se puede hacer con cheque o giro postal a:

CalOptima Health  
Attention: Accounting Department  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

#### **G. Cancelación por falta de pago**

Si paga una cuota mensual, su factura mensual le recordará que debe pagarlo el primer día de cada mes. Si no ha pagado el monto adeudado después de un período de gracia de treinta (30) días, CalOptima Health PACE podría enviarle una notificación que indique que se le dará de baja de forma involuntaria. Si esto sucede, CalOptima Health PACE le enviará un Aviso de cancelación de membresía escrito con treinta (30) días calendario de antelación, en donde se le informará que será dado de baja si todavía no ha pagado el monto adeudado para la fecha de baja que se indica en el Aviso de cancelación de membresía. La fecha de baja será el primer día del siguiente mes que comienza treinta (30) días después de la fecha en que CalOptima Health PACE le envía por correo el Aviso de cancelación de membresía. El Aviso de cancelación de membresía también le informará que, si paga el monto requerido antes de la fecha de vigencia de la cancelación de su membresía, continuará inscrito sin interrupción en la cobertura. Si se le requiere pagar una cuota mensual, usted está obligado a pagar la cuota por cualquier mes que use los servicios de CalOptima Health PACE. Si es dado de baja y desea volver a inscribirse, consulte los CAPÍTULOS 10 y 11 en relación con la política de cancelación y las disposiciones de renovación de CalOptima Health PACE.

#### **H. Otras cuotas:** Ninguno. No hay copagos ni deducibles para los servicios autorizados.

## **CAPÍTULO 10: CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

Después de firmar su Convenio de inscripción, sus beneficios bajo CalOptima Health PACE continúan indefinidamente a menos que usted decida por su cuenta renunciar a su inscripción en el programa (voluntario), o sea dado de baja porque ya no cumple con las condiciones de inscripción (involuntario).

CalOptima Health PACE se encargará de facilitar su transición a los programas y servicios tradicionales de Medicare y/o Medi-Cal para los que usted sea elegible tan pronto como sea posible. Los expedientes médicos se enviarán a sus nuevos proveedores dentro de los 30 días, y se realizarán referencias a otros recursos en la comunidad para garantizar la continuidad de la atención.

Usted debe seguir usando los servicios de CalOptima Health PACE y pagar la cuota mensual, si corresponde, hasta que la cancelación entre en vigencia. CalOptima Health PACE seguirá proporcionando todos los servicios necesarios hasta que entre en vigencia la cancelación de la membresía. Si usted requiere atención antes de que ocurra su reactivación, CalOptima Health PACE pagará el servicio que le corresponde según Medicare o Medi-Cal.

CalOptima Health PACE le dará información sobre el impacto y las consecuencias, lo que incluye, entre otros, explicarle que es posible que no reciba todos los mismos servicios y beneficios en otros programas opcionales de Medicare o Medi-Cal después de darse de baja del programa PACE.

### **Cancelación voluntaria**

Si desea cancelar sus beneficios y darse de baja, hable con su trabajador social. Puede darse de baja de CalOptima Health PACE en cualquier momento y por cualquier motivo. Se le pedirá que firme un Formulario de cancelación de membresía. En este formulario, se indicará que usted ya no puede tendrá acceso a los servicios mediante CalOptima Health PACE después de la medianoche del último día del mes. Su baja será vigente a partir del primer día del mes posterior a la fecha en que recibimos su aviso de cancelación de membresía. Tenga presente que no puede inscribirse ni cancelar la membresía de CalOptima Health PACE en una oficina del Seguro Social.

### **Cancelación involuntaria**

CalOptima Health PACE puede suspender sus beneficios con un aviso por escrito de treinta (30) días si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Usted se muda fuera del área de servicio de CalOptima Health PACE o permanece fuera del área de servicio por más de 30 días consecutivos, a menos que CalOptima

Health PACE permita una ausencia más larga debido a circunstancias especiales. (Consulte el CAPÍTULO 6).

- Usted o su cuidador realizan conductas perjudiciales o amenazantes, que comprometen su salud o seguridad o la seguridad de los demás. Esto también aplica si usted tiene la capacidad de tomar decisiones y se niega constantemente a seguir los términos de su plan de atención o Convenio de inscripción a pesar de tener la capacidad de tomar decisiones. La cancelación de membresía en estas circunstancias estará sujeta a la preaprobación del Departamento de Servicios de Atención Médica de California y se procurará obtenerla en caso de que usted o su cuidador interfieran de manera perturbadora en la planificación de la atención o se comporten en forma amenazante que interfiera en la calidad de los servicios del programa PACE que usted y otros participantes del programa reciben.
- Se determina que usted ya no cumple con los requisitos para el nivel de atención de Medi-Cal en un centro de enfermería y ya no es elegible.
- No paga o no toma medidas satisfactorias para pagar la prima de CalOptima Health PACE, cualquier responsabilidad por el deducible de Medi-Cal que corresponda, o cualquier monto adeudado en virtud del tratamiento del proceso de ingresos posterior a la elegibilidad, dentro del período de gracia de 30 días.
- No se renueva o finaliza el acuerdo entre CalOptima Health PACE, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y el Departamento de Servicios de Atención Médica de California.
- CalOptima Health PACE no puede ofrecer servicios de atención médica porque perdió licencias del estado o contratos con proveedores externos.

Las cancelaciones involuntarias rigen desde el primer día del mes siguiente que comienza 30 días después del día en que le enviamos el aviso de cancelación.

Todos los derechos a beneficios quedarán sin efecto la medianoche del último día del mes posterior a la cancelación voluntaria o involuntaria. Coordinaremos la fecha de la cancelación entre Medicare y Medi-Cal, si usted es elegible para ambos programas. Debe usar los servicios de CalOptima Health PACE (salvo los servicios de emergencia y de atención urgente que se proporcionan fuera de nuestra área de servicio) y pagar la cuota mensual, si corresponde, hasta que entre en vigencia la cancelación. CalOptima Health PACE seguirá proporcionando todos los servicios necesarios hasta que entre en vigencia la cancelación de la membresía.

Si está hospitalizado o está en tratamiento al momento en que sea vigente la cancelación de la membresía, CalOptima Health PACE es responsable de proporcionarle servicios hasta que se restablezcan sus beneficios de Medicare y Medi-Cal (según los beneficios a los que tenga derecho y su elegibilidad).

## **CAPÍTULO 11: CLÁUSULAS DE RENOVACIÓN**

La cobertura de CalOptima Health PACE continúa en forma indefinida (no es necesario renovarla). Sin embargo, su cobertura finalizará en los casos siguientes:

1. Usted se da de baja en forma voluntaria (Consulte el CAPÍTULO 10); o
2. Se cancela su membresía de forma involuntaria por alguna de las condiciones que se detallan en el CAPÍTULO 10.

Si decide darse de baja de CalOptima Health PACE, puede volver a inscribirse. Para volver a inscribirse, debe presentar una nueva solicitud, cumplir con los requisitos de elegibilidad y completar el proceso de evaluación.

## **CAPÍTULO 12: DISPOSICIONES GENERALES**

### **Autorización para obtener expedientes médicos**

Al aceptar la cobertura conforme a este Convenio de inscripción, usted autoriza a CalOptima Health PACE a obtener y usar sus expedientes médicos y la información de los centros y proveedores de atención médica que lo han tratado en el pasado. Esto incluye la información y los registros sobre su tratamiento y la atención que recibió antes de que entre en vigencia este Convenio de inscripción.

Las leyes estatales y federales le permiten el acceso a su propio expediente médico. Esta información se guardará de manera segura para proteger su privacidad y se conservará durante el tiempo que exijan las regulaciones federales o estatales, según el que sea más extenso.

### **Autorización para tomar y usar fotografías**

Al aceptar la cobertura conforme a este Convenio de inscripción, usted autoriza a CalOptima Health PACE a tomar y usar fotografías, grabaciones de video, imágenes digitales o de otro tipo para su atención médica, identificación, pago de servicios o para el funcionamiento interno de CalOptima Health PACE. Fuera de CalOptima Health PACE, las imágenes se divulgarán o se usarán únicamente con su autorización.

### **Cambios en el Convenio de inscripción**

El presente Convenio de inscripción podrá modificarse con la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y el Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Le avisaremos dicho cambio por escrito, con al menos 30 días de antelación, y le entregaremos una copia actualizada y le explicaremos los cambios a usted y a su cuidador.

### **Política de confidencialidad de los expedientes médicos**

La información personal y médica que recopila CalOptima Health PACE adhiere a una política de confidencialidad para evitar que se divulgue su información personal y médica, más allá de lo necesario para su atención. Puede pedir una copia de nuestra política de confidencialidad llamando a su trabajador social al número **1-714-468-1100**.

### **Continuidad de los servicios al término del contrato**

Si, por algún motivo, finaliza el presente Convenio de inscripción, se le restablecerán los programas tradicionales de Medicare y Medi-Cal, según su elegibilidad. CalOptima Health PACE trabajará para que regrese a los programas tradicionales de Medi-Cal o Medicare para no comprometer su atención.

## **Cooperación en evaluaciones**

Para que podamos determinar cuáles son los mejores servicios para usted, necesitamos toda su cooperación para que nos proporcione su información médica y económica.

## **No discriminación**

CalOptima Health PACE no discrimina ilegalmente en la prestación de servicios a sus participantes por motivos de raza, origen étnico, edad, religión, color, nacionalidad, ascendencia, sexo, estado civil, orientación sexual, discapacidad mental o física, o forma de pago. CalOptima Health PACE no discrimina en la prestación de servicios a los participantes por tener o no tener Instrucciones anticipadas de atención médica.

## **Avisos**

Todo aviso que le enviemos en virtud del presente Convenio de inscripción se le enviará por correo postal a la dirección que figura en nuestros registros. Es responsabilidad suya avisarnos sin demora cualquier cambio en su dirección. Los avisos deben enviarse por correo postal a:

CalOptima Health PACE  
Attn: Medical Records  
13300 Garden Grove Blvd  
Garden Grove, CA 92843

## **Aviso de ciertas situaciones**

En caso de que pueda verse significativamente perjudicado, le daremos aviso razonable de cualquier terminación, violación del Convenio de inscripción o imposibilidad de actuar por parte de hospitales, médicos u otras personas que hayamos contratado para proporcionar servicios. Le avisaremos por escrito con 30 días de antelación si tenemos pensado rescindir el contrato con un grupo médico o una asociación de consultorios individuales de los que usted esté recibiendo tratamiento. Además, coordinaremos que otro proveedor le proporcione el servicio que se haya interrumpido.

## **Donación de órganos y tejidos**

Donar órganos y tejidos le reporta muchos beneficios a la sociedad. La donación de órganos y tejidos le permite a los receptores de trasplantes llevar vidas más plenas y significativas. Actualmente, la necesidad de trasplantes de órganos supera ampliamente la disponibilidad. Si está interesado en la donación de órganos, hable con su proveedor de atención primaria de CalOptima Health PACE. La donación de órganos comienza en el hospital, cuando se declara la muerte cerebral del paciente y se le identifica como potencial donante de órganos. Una organización encargada de obtener órganos ayuda a coordinar la donación.

## **Nuestra relación con los proveedores de CalOptima Health PACE**

Los proveedores de CalOptima Health PACE, que no son personal de CalOptima Health PACE, son organizaciones independientes y se relacionan con nosotros exclusivamente por contrato. Estos proveedores no son empleados ni agentes nuestros. Los proveedores de CalOptima Health PACE mantienen una relación con usted y son responsables exclusivos de sus actos u omisiones, incluidas la mala praxis o la negligencia. Nada que contenga el presente Convenio de inscripción modifica la obligación que usted tiene con cualquier proveedor que le proporcione atención de observar las normas, reglamentaciones y otras políticas que este establezca.

## **Participación en la política pública del plan**

La Junta Directiva de CalOptima Health PACE tiene un comité permanente, llamado Comité Asesor de Participantes del Programa PACE (*PACE Participant Advisory Committee*, PPAC), que reporta a la Junta en forma trimestral y la asesora sobre cuestiones relativas a las acciones de CalOptima Health PACE y nuestro personal para garantizarles comodidad, dignidad y conveniencia a los participantes. El comité está integrado por nueve miembros, de los cuales, por lo menos cinco son participantes inscritos en CalOptima Health PACE. Además, por lo menos un miembro del comité es miembro de la Junta de CalOptima Health PACE y, como mínimo, un miembro del comité es un proveedor. La Junta designa a todos los miembros del comité, pero es el mismo comité el que los nomina. El comité elige a sus propios copresidentes, de los cuales uno, por lo menos, debe ser un participante. Todo cambio significativo en nuestro plan de servicios de atención médica se comunica a los participantes, como mínimo, una vez al año.

## **Cobro por la responsabilidad civil de terceros**

Si sufre una lesión, una dolencia o una enfermedad producto del acto o la omisión de un tercero, que ocasiona un reclamo de responsabilidad legal contra ese tercero, CalOptima Health PACE debe informar el hecho al Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Si usted es beneficiario de Medi-Cal, la suma que cobre por la lesión, dolencia o enfermedad se asigna al Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

## **Reducción de beneficios**

No podemos disminuir de ninguna manera los beneficios contemplados en el presente Convenio de inscripción, salvo después de un período de al menos 30 días de un aviso escrito. El período de 30 días se contará a partir de la fecha del matasellos que figura en el sobre.

## **Reembolso del seguro**

Si tiene la cobertura de un seguro privado o de otro tipo, incluidos, entre otros, seguro de automóvil, seguro de responsabilidad civil, seguro de atención médica, seguro de atención a largo plazo, CalOptima Health PACE está autorizado a procurar el reembolso de ese seguro si cubre su lesión, enfermedad o afección. (Se excluyen los casos de responsabilidad extracontractual de un tercero). Les facturaremos directamente a estas compañías de seguros los servicios y beneficios que proporcionemos (y al cobrar el reembolso, reduciremos su responsabilidad de pago con CalOptima Health PACE). Debe cooperar y asistirnos dándonos información sobre su seguro y completando y firmando todos los formularios de reclamo y demás documentos que necesitemos para facturar a las compañías de seguros. Si no lo hace, usted deberá afrontar el pago mensual total. (Consulte el CAPÍTULO 9 para conocer más sobre responsabilidad de pago).

## **Seguridad**

Para ofrecer un entorno seguro, la Política de seguridad de CalOptima Health PACE incluye el uso obligatorio de cinturones de seguridad de desenganche rápido en las sillas de ruedas para todos los participantes durante su traslado, en un vehículo o bien, desde un área del programa a otra.

## **Política sobre segunda opinión**

Usted puede pedir una segunda opinión médica, así como pueden hacerlo otras personas en su nombre, incluidos su familia, su proveedor de atención primaria y el equipo interdisciplinario. Si desea una segunda opinión, debe avisarle a su proveedor de atención primaria o a la enfermera especialista titulada.

## **Pruebas de tuberculosis**

Al momento de la inscripción, es requisito una prueba en la piel para detectar tuberculosis (TB), un análisis de sangre de liberación de interferón-gamma (IGRA) o una radiografía de pecho. CalOptima Health PACE le dará tratamiento si la prueba de TB da positiva.

## **Pago de servicios conforme a este Convenio de inscripción**

CalOptima Health PACE le pagará al proveedor los servicios proporcionados conforme al presente Convenio de inscripción. No se le podrá pedir a usted que pague nada que CalOptima Health PACE les adeude a los proveedores elegidos.

## **Pago de servicios no autorizados**

Es posible que usted sea, en forma personal y absoluta, responsable de pagar un servicio no autorizado o que no forme parte de los servicios de la red PACE, salvo los servicios de emergencia y de atención urgente. (Consulte “Disposiciones sobre reembolso” en el CAPÍTULO 5).

## CAPÍTULO 13: DEFINICIONES

**Beneficios y cobertura** son los servicios de salud y los relacionados con la salud que proporcionamos en virtud del presente Convenio de inscripción. Estos servicios reemplazan a los beneficios que usted recibiría a través de Medicare o de Medi-Cal. Estos servicios se proporcionan gracias a un acuerdo celebrado entre CalOptima Health PACE, Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos) y Medi-Cal (Departamento de Servicios de Atención Médica de California). Este Convenio de inscripción le otorga los mismos beneficios que usted recibiría de Medicare y Medi-Cal más muchos beneficios adicionales. Para recibir beneficios contemplados por este Convenio de inscripción, usted debe cumplir las condiciones que se describen en este Convenio de inscripción.

**Proveedor contratado** significa un centro de salud, un profesional o una agencia de atención médica contratados por CalOptima Health PACE para prestarle servicios de salud y relacionados con la salud al participante de CalOptima Health PACE.

**Decisión de cobertura** es la aprobación o la negación de servicios de salud por parte de CalOptima Health PACE basándose principalmente en la conclusión de que, conforme a los términos y condiciones de nuestro Convenio de inscripción celebrado con usted, un servicio en particular está incluido o excluido como beneficio cubierto.

**Con credenciales** se refiere al requisito de que todos los profesionales (médicos, psicólogos, dentistas y podólogos) que prestan servicios a los participantes de CalOptima Health PACE deben pasar por un proceso formal que incluye una minuciosa verificación de antecedentes para comprobar su educación, formación y experiencia, y confirmar su competencia.

**Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS)** se refiere al único Departamento del Estado responsable de administrar el programa federal de Medicaid (denominado Medi-Cal en California).

**Servicio de atención médica en disputa** significa un servicio de atención médica que califica para el pago en virtud de su Convenio de inscripción con CalOptima Health PACE, que ha sido negado, reducido o suspendido, en su totalidad o en parte, por una decisión de CalOptima Health PACE porque se ha concluido que el servicio no es médicalemente necesario. Una decisión sobre un “servicio de atención médica en disputa” tiene que ver con la práctica de la medicina y no es una decisión sobre cobertura.

**Elegible para atención en un centro de enfermería** significa que su estado de salud, según lo evalúa el equipo interdisciplinario de CalOptima Health PACE, cumple con los criterios del estado de California para residir en un centro de atención intermedia (ICF) o en un centro de enfermería especializada (SNF). No obstante, CalOptima Health PACE busca contribuir a que usted permanezca en la comunidad el mayor tiempo posible, aun cuando califique para un hogar para personas mayores.

La **afección médica de emergencia** y los **servicios de emergencia** se definen en el **CAPÍTULO 5**.

**Convenio de inscripción** significa el acuerdo entre usted y CalOptima Health PACE que establece los términos y condiciones, y describe los beneficios disponibles para usted. El presente Convenio de inscripción rige hasta que se cancele la membresía o hasta la finalización del contrato.

**Exclusión** se refiere al servicio o beneficio que CalOptima Health PACE no está autorizado a proporcionar, conforme a las normas federales.

Un servicio **experimental y de investigación** es un servicio al que las normas médicas generalmente aceptadas no consideran un tratamiento seguro y eficaz (aunque la ley haya autorizado su uso en pruebas u otros estudios en seres humanos); o que no ha sido aprobado por el gobierno para tratar una afección.

**Familia** se refiere a su cónyuge, “pareja”, hijos y familiares; la definición de “familia” también puede extenderse e incluir amigos cercanos o cualquier otra persona que usted elija para que se involucre en su atención.

**Servicios de salud** son servicios tales como atención médica, pruebas de diagnóstico, equipo médico, aparatos, medicamentos, prótesis y dispositivos ortopédicos, asesoramiento de nutrición, enfermería, servicios sociales, terapias, odontología, optometría, podología y audiología. Los servicios de salud pueden proporcionarse en un centro CalOptima Health PACE o en una clínica, en su hogar o en consultorios médicos de especialistas u otros proveedores, hospitales u hogares para personas mayores contratados por CalOptima Health PACE.

**Servicios relacionados con la salud** son los servicios que ayudan a CalOptima Health PACE a proporcionar servicios de salud y que le permiten a usted mantener su independencia. Estos servicios incluyen cuidado personal, servicios domésticos/de ayuda en tareas domésticas, cuidado de asistentes, terapia recreativa, acompañantes, servicios de traducción, transporte, comidas a domicilio y asistencia con problemas de vivienda.

**Atención de salud a domicilio** se refiere a dos categorías de servicios: de apoyo y especializados. Según los planes de atención individualizados, se ofrecen servicios de apoyo para los participantes en su domicilio y pueden incluir servicios domésticos y tareas relacionadas, como lavandería, asistencia con las comidas, limpieza y compras, y asistencia para bañarse y vestirse, según sea necesario. Los servicios especializados pueden estar a cargo de los trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y personal médico de guardia del programa.

**Servicios hospitalarios** son aquellos que, en general y habitualmente, se proporcionan en hospitales generales de cuidados agudos.

**Equipo interdisciplinario (IDT)** se refiere al equipo de proveedores de servicios de CalOptima Health PACE, facilitado por un administrador del programa y formado por un proveedor de atención primaria, enfermeras tituladas, trabajador social con nivel de maestría, asistente para cuidado personal, coordinador de atención a domicilio, conductor, fisioterapeutas, terapeutas recreativos y ocupacionales, Administrador del centro PACE y un dietista. Los miembros del equipo interdisciplinario evaluarán su estado médico, funcional y psicosocial y elaborarán un Plan de Atención que identifique los servicios necesarios. Este equipo proporciona y supervisa muchos de los servicios. Todos los servicios que usted recibe deben estar autorizados por su médico u otro profesional clínico calificado del equipo interdisciplinario. El equipo evaluará sus necesidades periódicamente y podrá modificar su plan de tratamiento.

**Con riesgo de vida** se refiere a enfermedades o afecciones con altas probabilidades de ocasionar la muerte, salvo que se interrumpa el curso de la enfermedad o la afección.

**Cuota mensual** es el monto de dinero que debe pagar cada mes por adelantado a CalOptima Health PACE para recibir los beneficios que contempla este Convenio de inscripción.

**Centro de enfermería** es un centro de salud con licencia del Departamento de Servicios de Atención Médica de California para funcionar como centro de atención intermedia o como centro de enfermería especializada.

**Fuera del área** es un área que está más allá del área de servicio de CalOptima Health PACE. (Consulte más abajo la definición de área de servicio).

**PACE** es la sigla del *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* y significa Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad. El Programa PACE es el plan integral de servicios que comprende la atención de casos agudos y a largo plazo de

personas mayores con problemas de salud graves. Los servicios se pagan por tarifa mensual combinando dinero del estado y federal a través de Medicare y Medi-Cal. Las personas que no son elegibles para estos programas pagan en forma privada. El Programa PACE coordina que los participantes vayan a un centro CalOptima Health PACE para recibir atención individualizada de los médicos, enfermeras y otros proveedores de salud y servicios sociales. El objetivo es ayudar a los participantes a mantener su independencia dentro de la comunidad todo el tiempo que puedan hacerlo sin correr riesgos.

**Médico de CalOptima Health PACE** es un médico empleado de CalOptima Health PACE o que tiene un contrato con CalOptima Health PACE para prestar servicios médicos a los participantes.

**Proveedor de atención primaria (PCP)** es un médico, enfermera especialista titulada o asistente médico empleado de CalOptima Health PACE o que tiene un contrato con CalOptima Health PACE para prestar servicios médicos a los participantes.

**Representante** es una persona que actúa en nombre de un participante del Programa PACE, o que lo asiste, y puede ser, entre otros, un familiar, un amigo, un empleado del Programa PACE o una persona legalmente identificada en un Poder para Atención médica/Instrucciones anticipadas, un curador, tutor, etc.

**Servicios delicados** son servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de VIH.

**Área de servicio** significa la ubicación geográfica en donde CalOptima Health PACE presta servicios. Esta área incluye los siguientes códigos postales:

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 90620 | 92602 | 92624 | 92649 | 92672 | 92694 | 92801 | 92832 | 92866 |
| 90621 | 92603 | 92625 | 92651 | 92673 | 92701 | 92802 | 92833 | 92867 |
| 90623 | 92604 | 92626 | 92653 | 92675 | 92703 | 92804 | 92835 | 92868 |
| 90630 | 92606 | 92627 | 92655 | 92676 | 92704 | 92805 | 92840 | 92869 |
| 90631 | 92610 | 92629 | 92656 | 92677 | 92705 | 92806 | 92841 | 92870 |
| 90638 | 92612 | 92630 | 92657 | 92679 | 92706 | 92807 | 92843 | 92886 |
| 90680 | 92614 | 92637 | 92660 | 92683 | 92707 | 92808 | 92844 | 92887 |
| 90720 | 92617 | 92646 | 92661 | 92688 | 92708 | 92821 | 92845 |       |
| 90740 | 92618 | 92647 | 92662 | 92691 | 92780 | 92823 | 92861 |       |
| 90743 | 92620 | 92648 | 92663 | 92692 | 92782 | 92831 | 92865 |       |

**Atención urgente** se refiere a los servicios que se le proporcionan cuando usted está fuera del área de servicio del Programa PACE y usted considera que su enfermedad o lesión es demasiado grave para posponer el tratamiento hasta que regrese al área de servicio, pero su vida o sus funciones no corren grave peligro.

## **ANEXO I**

*En este Anexo se explican sus derechos a la hora de tomar decisiones sobre su atención médica y cómo usted puede planificar qué debe hacerse en caso de que le resulte imposible hablar por usted mismo. Por ley federal, estamos obligados a brindarle esta información. Esperamos que esta información le sirva para controlar mejor el tratamiento médico que recibe.*

### **¿Quién decide sobre mi tratamiento?**

Sus proveedores de atención médica le darán información y asesoramiento sobre su tratamiento. Usted tiene derecho a elegir. Puede decir “sí” a los tratamientos que quiere. Puede decir “no” a los tratamientos que no quiere. Tiene derecho a decir “no” a un tratamiento que no desea recibir aun cuando ese tratamiento podría prolongar su vida. Aunque tenga un curador, usted puede tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Esto solo cambia si un juez decide que su curador también tome las decisiones de su atención médica en su nombre.

### **¿Cómo sé lo que quiero?**

Su proveedor de atención primaria debe informarle su condición médica y contarle cómo pueden servirle los diferentes tratamientos. Muchos tratamientos tienen efectos secundarios. Su proveedor de atención primaria debe informarle cualquier problema grave que el tratamiento podría causarle.

A menudo, podría haber más de un tratamiento posible, y las personas tienen distintas ideas sobre cuál es el mejor. Su proveedor de atención primaria puede indicarle qué tratamientos están disponibles, y qué tratamientos serían más eficaces para usted. Además, su proveedor de atención primaria puede analizar las probabilidades de que los beneficios de tratamiento superen a los posibles inconvenientes. Sin embargo, su proveedor de atención primaria no puede elegir por usted. La elección depende de lo que usted considere importante.

### **¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo para decidir?**

Si no puede tomar decisiones de tratamiento, su proveedor de atención primaria le preguntará a su familiar, amigo o persona más cercana disponible que, según usted le haya indicado personalmente al médico, es quien usted elige para hablar y decidir en su nombre lo que más le convenga. En la mayoría de los casos, eso funciona. Pero en otros casos, si usted no puede expresarse, no todos están de acuerdo en cuanto a qué desea usted. Existen varias formas de prepararse por anticipado para que quien usted elija hable en su nombre. En virtud de las leyes de California, estas son las Instrucciones anticipadas de atención médica.

Un documento de Instrucciones anticipadas de atención médica le permite escribir el nombre de la persona que usted desea que tome decisiones de atención médica por usted cuando usted no pueda hacerlo. Esta parte de las Instrucciones anticipadas de atención médica se llama Carta poder duradero para atención médica. La persona elegida es su agente. Puede usar los formularios de Instrucciones anticipadas de atención médica o puede anotar su propia versión siempre que siga algunas pautas básicas.

**¿Quién puede escribir las Instrucciones anticipadas de atención médica?**

Usted puede escribirlas si tiene 18 años o más y está en pleno uso de sus facultades mentales. Para redactar o para completar las Instrucciones anticipadas de atención médica no necesita un abogado.

**¿A quién puedo designar para que tome decisiones sobre mi tratamiento médico cuando yo no pueda hacerlo?** Cuando prepare sus Instrucciones anticipadas de atención médica, podrá elegir a un familiar o a un amigo adulto en quien confie. Esa persona podrá hablar por usted en caso de que esté demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.

**¿Cómo sabe esta persona lo que yo quiero?**

Hable sobre sus deseos con el familiar o amigo a quien está pensando designar como agente. Asegúrese de que esa persona se sienta cómoda con su voluntad y de que pueda concretarla en su nombre. Puede escribir sus deseos respecto de su tratamiento en las Instrucciones anticipadas de atención médica. Puede incluir cuándo querría o no querría recibir tratamiento médico. Hable con su proveedor de atención primaria sobre sus deseos y dele una copia del formulario. Dele otra copia a la persona que designó como su agente. Lleve una copia cuando ingrese a un hospital o a otro centro de tratamiento.

A veces, cuesta tomar decisiones sobre tratamientos, y es de gran ayuda para su familia y proveedor de atención primaria si conocen sus deseos. Además, las Instrucciones anticipadas de atención médica protegen legalmente al equipo de atención médica cuando siga sus decisiones.

**¿Qué hago si no tengo a nadie que decida por mí?**

Si no desea elegir a nadie o si no tiene a nadie para designar como su agente, simplemente escriba lo que quiere para su tratamiento. Aun así, estas son Instrucciones anticipadas de atención médica. En el formulario estándar hay espacio para anotar sus deseos; o bien, puede escribirlos en una hoja de papel aparte. Si usa el formulario, deje en blanco la sección Carta poder para Atención Médica.

Al escribir sus deseos, usted le informa a su proveedor de atención primaria qué hacer en caso de que no pueda hablar por sus propios medios. Puede escribir que no desea recibir ningún tratamiento si solo sirviera para prolongar su agonía, o puede indicar que sí desea recibir atención para prolongarle la vida. Puede explicar con más detalle el tipo y los tiempos de tratamiento que desea. (Más allá de lo que usted escriba, recibirá la atención necesaria para su comodidad).

El proveedor de atención primaria debe respetar sus deseos de tratamiento, salvo que usted haya pedido algo ilegal o contrario a las normas médicas aceptadas. Si su proveedor de atención primaria no quiere proceder según sus deseos por otro motivo, deberá derivar su atención a otro médico que sí los respete. Además, los médicos que siguen sus deseos están legalmente protegidos.

**¿Puedo simplemente decirle a mi proveedor de atención primaria quién quiero que tome decisiones por mí?**

Sí, mientras le diga personalmente a su proveedor de atención primaria el nombre de la persona que quiere que tome estas decisiones de atención médica. Su proveedor de atención primaria anotará en su historia clínica lo que usted le indique. La persona designada será su “sustituto”. Su sustituto podrá tomar decisiones en función de sus deseos sobre tratamientos, pero solo durante 60 días o hasta que finalice su tratamiento específico.

**¿Qué ocurre si cambio de idea?**

Puede cambiar de idea o revocar sus Instrucciones anticipadas de atención médica en cualquier momento siempre que comunique sus deseos.

**¿Debo llenar uno de estos formularios?**

No, no tiene que llenar ningún formulario si no desea hacerlo. Puede simplemente hablar con sus médicos y pedirles que anoten en su historia clínica lo que les ha dicho; y puede hablar con su familia. Pero la gente entenderá más claramente sus deseos respecto de tratamientos si los escribe. Y si los indica por escrito, es más probable que se respeten sus deseos.

**¿Recibiré tratamiento aunque no complete estos formularios o no le informe a mi proveedor de atención primaria lo que quiero?**

Claro que sí. De todos modos, usted recibirá tratamiento médico. Solo queremos que sepa que, si su salud está muy deteriorada como para tomar decisiones médicas, alguien tendrá que tomarlas por usted. Recuerde:

- Una Carta poder duradero para atención médica le permite nombrar a alguien para que decida en su nombre sobre su tratamiento. Si usted no puede hablar por sus

propios medios, esa persona podrá tomar la mayoría de las decisiones médicas, no solo aquellas sobre un tratamiento de soporte vital.

- Si no tiene a quién designar para tomar decisiones cuando usted no pueda hacerlo, también puede recurrir a las Instrucciones anticipadas de atención médica para indicar cuándo quisiera y cuándo no quisiera ciertos tipos de tratamiento.
- Si ya tiene un “Testamento vital” o una Carta poder duradero para atención médica, estos tienen validez legal, y no es necesario que haga nuevas Instrucciones anticipadas de atención médica, salvo que desee hacerlo.

## PÁGINA DE FIRMAS

### A. Fechas de vigencia de la inscripción

|  |  |
|--|--|
| Su inscripción es vigente a partir del:            |  |
| Su centro CalOptima Health PACE se encuentra en:   |  |
| El número de teléfono es:                          |  |
| Usted asistirá al centro CalOptima Health PACE el: |  |

Su conductor lo recogerá aproximadamente a las:

---

(Aunque planeamos ser puntuales, haremos todo lo posible para informarle si nos demoraremos más de lo previsto).

Su conductor lo llevará a su casa aproximadamente a las:

**B. Página de firmas del Convenio de inscripción/Paquete de reunión familiar**

**Nombre del solicitante:**

---

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Dirección permanente:**

---

---

**Dirección postal (si difiere de la dirección permanente):**

---

---

**Situación de beneficiario de Medicare:**

**Parte A**    **Parte B**    **Parte D**    **TODAS**    **NINGUNA**

**Número de Medicare:**

---

**Situación de beneficiario de Medi-Cal:**

---

**Número de Medi-Cal:**

---

**Otra información de seguro de salud (otra cobertura de seguro, plan actual de medicamentos recetados, etc.):**

**Idioma principal:**

---

**Segundo idioma:**

---

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, YO** \_\_\_\_\_ **acepto** inscribirme para recibir los servicios de CalOptima Health PACE. He recibido una copia del Convenio de inscripción del participante y he hablado con un miembro del personal de CalOptima Health PACE sobre los beneficios de mi inscripción. Comprendo que, una vez que me inscriba en CalOptima Health PACE, recibiré todos mis beneficios de atención médica de CalOptima Health PACE.

Un miembro del personal de CalOptima Health PACE revisó la información que sigue conmigo o con mi cuidador:

- Introducción y descripción del programa
- Declaración de la misión de CalOptima Health PACE
- Requisitos de elegibilidad para participar en CalOptima Health PACE
- Proceso de inscripción en CalOptima Health PACE
- Carta poder para atención médica e Instrucciones anticipadas de atención médica

### **Información de beneficios y cobertura, que incluye:**

- Fechas de vigencia de la inscripción y ejemplo de la Lista de verificación para la reunión de inscripción (puede encontrarla en el Convenio de inscripción).
- Descripción del tipo de beneficios y cobertura que recibo con CalOptima Health PACE.
- Información sobre el centro CalOptima Health PACE al que asistiré, incluida su ubicación, horarios y cómo proceder si hace mal tiempo.
- Información sobre el equipo interdisciplinario del Programa PACE que me atenderá.
- Empleados de CalOptima Health PACE.
- Proveedores contratados por CalOptima Health PACE.
- Financiación: información de pagos mensuales, incluido lo que podría tener que pagar, si corresponde. Además, Comprendo lo que CalOptima Health PACE no pagará.
- Notificación de que un participante con Medi-Cal puede ser responsable de algún deducible que corresponda y de cualquier monto adeudado en virtud del tratamiento del proceso de ingresos posterior a la elegibilidad.
- Información sobre centros de cuidado a largo plazo y cómo se pueden utilizar para mi atención.
- Cobertura de emergencias y atención de urgencia
- Información sobre qué debe hacerse si resultó herido en un accidente.
- Una copia de la Declaración de derechos del participante.
- Mis responsabilidades como participante de CalOptima Health PACE.
- Información sobre el Consejo de participantes de CalOptima Health PACE.
- Información sobre el proceso de queja de CalOptima Health PACE.
- Información sobre el proceso de apelación de CalOptima Health PACE.
- Información sobre los procesos de apelación de Medi-Cal y Medicare.
- Información sobre la suspensión de mis beneficios de CalOptima Health PACE.
- Información sobre cómo volver a solicitar CalOptima Health PACE.
- Declaración de confidencialidad.
- Definiciones de términos en el folleto del acuerdo.
- Tenga presente que no puede inscribirse ni cancelar su membresía de CalOptima Health PACE en una oficina del Seguro Social.

He recibido copias de la información anterior, se me ha permitido hacer preguntas, y se han respondido mis preguntas. Comprendo CalOptima Health PACE y deseo ser participante.

Comprendo que la inscripción en CalOptima Health PACE tiene como resultado la cancelación automática de la membresía en cualquier otro plan prepago de Medicare o Medi-Cal. Comprendo también que la inscripción en cualquier otro plan prepago o beneficio opcional de Medicare o Medi-Cal, incluido el beneficio de cuidados paliativos, después de inscribirme en CalOptima Health PACE, generará la cancelación voluntaria de la membresía de CalOptima Health PACE. Además, Comprendo que, si al momento de inscribirme en CalOptima Health PACE, no soy elegible para Medicare, pero paso a ser elegible después de inscribirme, seré dado de baja si elijo obtener una cobertura de Medicare que no sea de CalOptima Health PACE.

Comprendo que si me mudo fuera del área de servicio o me ausento del área de servicio más de treinta (30) días, debo notificarlo a CalOptima Health PACE.

Acuerdo aceptar mis servicios de salud de CalOptima Health PACE en lugar de otros programas que patrocina Medicare o Medi-Cal; y Comprendo que será mi único proveedor de servicios, y que mi inscripción es vigente a partir del:

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Comprendo que estoy dando mi consentimiento de revelar e intercambiar mi información personal entre los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal (Centers for Medicare & Medicaid Services) y sus agentes, el Departamento de Atención Médica de California y CalOptima Health PACE.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante  
designado\*

\_\_\_\_\_  
Firma del representante  
designado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Firma del representante autorizado de CalOptima Health  
PACE

---

Fecha

\* Si la firma no corresponde al participante ni a un familiar directo, irá acompañada de la debida documentación conforme a las leyes del estado y a las políticas y los procedimientos de CalOptima Health PACE. Si el participante firma con una X, incluya que nombre del personal del Programa PACE actuó como testigo.

## **Su paquete de inscripción/reunión familiar**

### **Lista de verificación**

Este paquete contiene elementos importantes que usted recibirá como participante de CalOptima Health PACE. Algunos de los artículos se recibirán en diferentes momentos y se pueden guardar en este paquete. Lea y siga estas instrucciones al detalle para que, ante una emergencia, usted, su familia y el centro de salud puedan saber exactamente qué hacer.

- La tarjeta pequeña de color blanco es su TARJETA de CalOptima Health PACE. Le identifica como participante de CalOptima Health PACE y debe mostrárla cuando necesite usar el hospital. Consérvela junto a sus tarjetas de Medicare y Medi-Cal.
- IMÁN DE EMERGENCIA. En este imán figuran los teléfonos de emergencia. Este imán debe estar cerca de su teléfono para tenerlo a mano cuando más lo necesite.
- El PLAN DE EMERGENCIA es la hoja detallada que usted firmará y que contiene las instrucciones sobre cómo actuar ante una emergencia. Además, describe los deseos de atención médica que usted eligió (soporte vital básico, la orden de no reanimación [DNR], o resucitación cardiopulmonar avanzada). También tiene la opción de usar una orden médica POLST (*Physician Orders for Life Sustaining Treatment*, órdenes médicas de tratamiento para soporte vital). Recibirá un original o una copia del formulario rosa DNR o POLST para exhibir en su casa si usted ha elegido alguna de esas opciones.

**Además, este paquete contiene lo siguiente:**

- Su copia del **Convenio de inscripción firmado**. Debe estar firmado para que CalOptima Health PACE pueda comenzar a prestarle servicios.
- El **Reconocimiento del plan de atención** que usted firmó y que su equipo interdisciplinario diseñó para usted.
- Información de **su centro CalOptima Health PACE** que incluye los días de atención programados y los horarios de recogida y regreso.
- Información de **su equipo interdisciplinario**, incluidos los nombres de los miembros del equipo. Le comunicaremos cualquier cambio futuro que haya en su equipo interdisciplinario.
- Lista de **Proveedores contratados por CalOptima Health PACE**. Le comunicaremos cualquier cambio futuro sobre los proveedores contratados por CalOptima Health PACE.
- Información sobre el **Consejo de participantes** de CalOptima Health PACE.
- **Declaración de confidencialidad**.
- Formularios de **consentimiento para vacunas y comercialización**.
- Información de qué necesitará traer al centro CalOptima Health PACE los días de atención y un ejemplo del calendario de actividades.