



# Boletín de Avisos Anual 2022

## Donación de órganos y tejidos

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

---

## Declaración de derechos

### Sus derechos y responsabilidades

CalOptima Health PACE está dedicado a brindar servicios de atención médica de calidad para que pueda permanecer lo más independiente posible. Nuestro personal se compromete en tratar a todos y cada uno de los participantes con dignidad y respeto, y garantizar que todos los participantes se involucren en la planificación de su atención y tratamiento.

Como participante de CalOptima Health PACE, usted cuenta con los siguientes derechos:

### Tiene el derecho a ser tratado con respeto.

Usted tiene el derecho a ser tratado con dignidad y respeto en todo momento, que su atención médica se mantenga privada y obtener atención médica de manera compasiva y considerada. Usted tiene el derecho a:

- Recibir atención médica integral en un ámbito limpio y seguro y de manera accesible.
- Estar libre de cualquier daño. Los daños incluyen abuso físico y mental, negligencia, abuso de medicamentos, castigos corporales o ser aislado en contra de su voluntad, así como ser restringido física o químicamente para imponer disciplina o para la conveniencia de algún empleado pero que son innecesarios para tratar sus síntomas médicos o prevenir una lesión.
- No ser objeto de procedimientos peligrosos.

# Boletín de Avisos Anual 2022

- Recibir tratamiento y servicios de rehabilitación diseñados para promover su habilidad óptima de funcionamiento y fomentar su independencia.
- Recibir atención de un personal capacitado y profesional que cuenta con la educación y experiencia necesaria para llevar a cabo los servicios que les corresponde.
- Participar en un programa que ofrece servicios y actividades que promueven actitudes positivas sobre la utilidad y capacidades y que están diseñados para fomentar el aprendizaje, el crecimiento y el conocimiento de maneras constructivas para desarrollar sus intereses y talentos.
- La autodeterminación en el entorno de la guardería, incluyendo la oportunidad de: 1) participar en la elaboración de un plan de servicio; 2) decidir si quiere o no quiere participar en cualquier actividad; 3) participar a medida que sea posible en la planificación y operación del programa.
- Ser atendido en un ámbito que demuestre interés y preocupación sincero donde recibe el apoyo y los servicios que necesita.
- Tener la seguridad de recibir privacidad auditiva y visual durante sus consultas médicas y exámenes de salud.
- Recibir ayuda, al ser necesario, para usar el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal y ejercer sus derechos legales y civiles.
- Ser alentado y recibir ayuda para hablar con el personal de CalOptima Health PACE sobre sus quejas y recomendar cambios a las normas y servicios con el personal de CalOptima Health PACE y con representantes externos de su elección. Si lo hace, el personal no adoptará ningún tipo de restricción, injerencia, coerción, discriminación o represalia en su contra.
- Tener acceso a un teléfono mientras está en el centro CalOptima Health PACE para hacer y recibir llamadas confidenciales y/o recibir asistencia para hacer dichas llamadas, al ser necesario.
- No trabajar ni realizar servicios para CalOptima Health PACE.

## **Tiene el derecho a ser protegido contra la discriminación.**

La ley prohíbe la discriminación. La ley debe ser respetada por todas las compañías y agencias que trabajan con Medicare y Medi-Cal. No deben discriminarlo debido a su:

- raza
- edad
- forma de pago para su atención médica (por ejemplo, Medicare o Medi-Cal)
- origen étnico
- género
- nacionalidad
- orientación sexual
- religión
- discapacidad mental o física

Como participante de CalOptima Health PACE, usted tiene el derecho de recibir atención competente, considerada y respetuosa del personal y contratistas independientemente de su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, edad, género, orientación sexual, discapacidad mental o física, o forma de pago para su atención médica.

Llame al personal de CalOptima Health PACE si considera que ha sido discriminado por cualquiera de estos motivos para recibir ayuda para resolver sus inquietudes.

**Llame gratuitamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 si tiene cualquier pregunta. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.**

# Boletín de Avisos Anual 2022

## **Tiene el derecho a recibir información y asesoría.**

Usted tiene el derecho a recibir información precisa y fácil de entender y recibir asesoría de una persona para ayudarle a elegir con conocimiento de causa sobre su atención médica. Usted tiene el derecho a:

- Recibir asesoría si enfrenta barreras de idioma o comunicación para poder entender toda la información que se le brinda.
- Tener un intérprete en su idioma preferido para relatar toda la información que se le brinda de forma culturalmente apropiada si el inglés no es su idioma principal y no puede hablar suficiente inglés para entender la información que se le brinda.
- Recibir una explicación detallada y fácil de entender del Convenio de Inscripción.
- Recibir materiales de promoción y derechos de CalOptima Health PACE en inglés y en cualquier idioma que se usa comúnmente en su comunidad. También puede recibir tales materiales en braille, al ser necesario.
- Recibir una copia por escrito de sus derechos de CalOptima Health PACE. CalOptima Health PACE publicará sus derechos en un lugar público en el centro de CalOptima Health PACE para que los pueda leer con facilidad.
- Estar plenamente informado, por escrito, de los servicios que ofrece CalOptima Health PACE, incluyendo los servicios brindados por contratistas en vez del personal de CalOptima Health PACE. Debe recibir tal información antes de suscribirse, durante la inscripción y cuando surja cualquier cambio a los servicios ofrecidos.
- Examinar, con ayuda si es necesario, los resultados de la más reciente inspección de CalOptima Health PACE. Las agencias federales y estatales inspeccionan todos los programas de PACE. También tiene el derecho de examinar cómo planea CalOptima Health PACE corregir los problemas identificados en dicha inspección.

## **Tiene el derecho a escoger a sus proveedores.**

- Usted tiene el derecho de escoger su propio médico general del panel de proveedores participantes de CalOptima Health PACE y recibir atención médica de calidad.
- Las mujeres tienen el derecho a recibir servicios de rutina y prevención de un especialista capacitado para la atención médica de la mujer.

## **Tiene el derecho al acceso a servicios de emergencia.**

Usted tiene el derecho a recibir atención médica de emergencia cuándo y dónde la necesite sin la necesidad de recibir una aprobación por adelantado de parte de CalOptima Health PACE. Una emergencia médica es cuando usted considera que su salud está en grave peligro, cuando cada segundo cuenta. Podría sufrir una lesión grave, una enfermedad inesperada o una enfermedad que empeora repentinamente. Puede obtener servicios de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.

## **Tiene el derecho a participar en las decisiones sobre su tratamiento.**

Usted tiene el derecho a participar plenamente en todas las decisiones relacionadas a su atención médica. Si no puede participar plenamente en las decisiones sobre su tratamiento o quiere que alguien en que confía le ayude, tiene el derecho a designar a esa persona para actuar en su nombre. Usted tiene el derecho a:

- Recibir una explicación de todas sus opciones de tratamiento en el idioma que entiende, estar plenamente informado de su estado funcional y de salud y cómo va progresando, y tomar sus propias decisiones sobre su salud.

# Boletín de Avisos Anual 2022

- Ser informado de todo el tratamiento que ha sido recomendado por el equipo interdisciplinario antes de recibir tal tratamiento, cuándo y cómo se brindarán los servicios, y los nombres y funciones de las personas que le prestarán atención.
- Rehusar tratamiento o medicamentos. Debe ser informado de cómo esto podría afectar su salud si decide rehusar el tratamiento recomendado.
- Tener la certeza que las decisiones sobre su atención se harán con ética.
- Tener la certeza que usted y su familia serán capacitados sobre cualquier enfermedad que tenga para que puedan entender su enfermedad y ayudarlo para que así también usted se pueda ayudar a sí mismo.
- Recibir información sobre las manifestaciones anticipadas de voluntad y recibir la ayuda de CalOptima Health PACE para ejecutar una. Una manifestación anticipada de voluntad es un documento donde escribe el tipo de atención médica que quiere en caso de que no pueda hablar por sí mismo.
- Participar en el desarrollo y la ejecución de su plan de cuidado, que será diseñado para promover su habilidad óptima de funcionamiento y fomentar su independencia. Puede solicitar que el plan de cuidado sea revisado y solicitar que el equipo interdisciplinario haga una nueva evaluación en cualquier momento.
- Apelar cualquier decisión de tratamiento hecho por CalOptima Health PACE o por sus contratistas a través del proceso de apelación y solicitar una Audiencia Estatal.
- Ser notificado con anticipo, por escrito, si se planea trasladarlo a otro lugar de atención médica, y la razón por el traslado.

## **Tiene el derecho a que se mantenga privada su información médica.**

Usted tiene el derecho a:

- Hablar en privado con sus proveedores médicos y que se mantenga privada su información médica personal según lo reconoce y protege la ley estatal y federal.
- Revisar y hacer copias de su expediente médico y solicitar cambios a tal expediente.
- Tener la certeza que se mantendrá en privado toda la información que contiene su expediente médico, incluyendo la información que se mantiene en una base de datos automatizado. CalOptima Health PACE requiere su permiso por escrito para revelar su información a otras personas que no están autorizadas conforme a la ley a recibirla. Puede proporcionar su permiso por escrito que limita el nivel de información y la persona a la que se le está otorgando dicha información.
- Tener la certeza de confidencialidad al obtener servicios delicados tal como para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas para detectar el VIH.
- Existe una nueva norma de privacidad para los participantes que les da más acceso a su propio expediente médico y más control sobre cómo se usa su información de salud personal. Si tiene preguntas sobre esta norma de privacidad, llame gratuitamente a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**.

## **Tiene el derecho a presentar una queja.**

Usted tiene el derecho a quejarse sobre los servicios que recibe, o que necesita y no recibe, sobre la calidad de atención, o cualquier otra inquietud o problema que tenga con CalOptima Health PACE. Tiene el derecho a que CalOptima Health PACE resuelva sus inquietudes justa y precozmente. Usted tiene el derecho a:

## Boletín de Avisos Anual 2022

- Recibir una explicación detallada sobre el proceso de quejas y apelaciones.
- Recibir asesoría para ejercer sus derechos civiles, legales y como participante, incluyendo el proceso de quejas de CalOptima Health PACE, el proceso de Audiencia Estatal de Medi-Cal y el proceso de apelaciones de Medicare y Medi-Cal.
- Ser alentado y asesorado a expresar libremente sus quejas al personal de CalOptima Health PACE y a representantes externos de su elección. No debe ser dañado al expresar sus inquietudes. Esto incluye ser castigado, amenazado o discriminado.
- Apelar cualquier decisión de tratamiento tomada por CalOptima Health PACE, su personal o contratistas.

### **Tiene el derecho a darse de baja del programa.**

Si por cualquier motivo considera que no quiere seguir participando con CalOptima Health PACE, usted tiene el derecho de darse de baja y retirarse del programa en cualquier momento.

Reporte inmediatamente si considera que han sido violados cualquiera de sus derechos a su trabajador social o llame a nuestra oficina, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. al:

**1-714-468-1100** o gratuitamente al **1-855-785-2584**

Si prefiere hablar sobre sus inquietudes con alguien fuera de CalOptima Health PACE, puede llamar a Medicare o a la Oficina del Mediador Público al:

**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, o al **1-888-452-8609** (Department of Health Care Services Office of the Ombudsman).

---

## Información para los participantes sobre el proceso de quejas

El Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) de CalOptima Health comparte la responsabilidad de su atención y su satisfacción con los servicios que obtiene. Nuestro proceso de quejas está diseñado para permitir que usted y/o su representante tengan la oportunidad de expresar cualquier inquietud o insatisfacción que tenga para que podamos abordarlo de manera oportuna y eficiente. Estamos aquí para ayudarle si desea presentar una queja en cualquier momento. Si no habla inglés, un representante bilingüe del personal estará disponible para ayudarle. También contamos con servicios de interpretación para ayudarle.

No será discriminado por presentar una queja. CalOptima Health PACE continuará brindándole todos los servicios que necesite durante el proceso de quejas. Se mantendrá completa discreción durante la investigación de su queja y la información relacionada a su caso únicamente será compartida con aquellas personas autorizadas para ver tal información.

Una **queja** se define como una declaración, bien sea oral o escrita, expresando su insatisfacción con los servicios prestados o por la calidad de atención que le brindaron. Una queja puede incluir, entre otros, lo siguiente:

- la calidad de los servicios que un participante de PACE obtiene en su hogar, en el centro PACE o durante una estadía hospitalaria (ya sea en un hospital, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, centro de atención intermedio o centro de atención residencial);

# Boletín de Avisos Anual 2022

- el tiempo de espera en el teléfono, en la sala de espera o en el cuarto de examen;
- el comportamiento inapropiado por parte de un proveedor médico o del personal;
- la condición adecuada de los centros;
- la calidad de la comida proporcionada;
- los servicios de transporte;
- una violación de los derechos del participante y;
- una explicación completa del proceso de quejas y apelaciones.

Un **representante** es la persona que actúa en su nombre o que le ayuda, y puede incluir, entre otros, a un pariente, amigo, empleado del PACE o una persona legalmente identificada a través de una carta poder de atención médica o manifestación anticipada de voluntad, custodio, tutor legal, etc.

## Pasos para presentar una queja

Si no está satisfecho con el resultado de su queja, tiene opciones adicionales.

La información a continuación describe el proceso que usted y/o su representante deben seguir si usted y/o su representante desean presentar una queja.

1. Puede presentar su queja oralmente en persona o por teléfono ante el personal del programa PACE en el centro al que asiste. El personal del centro se encargará de darle información escrita sobre el proceso y que su queja sea documentada en el formulario para presentar quejas. Necesitará proporcionar toda la información sobre su queja. La información será enviada a la persona adecuada quien le ayudará a resolver su inquietud de manera oportuna y eficiente. Si prefiere presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:  
Quality Assurance Coordinator  
CalOptima Health PACE  
13300 Garden Grove Blvd  
Garden Grove, CA 92843  
También puede solicitar el formulario para presentar quejas llamando al Coordinador de Mejora de Calidad al **1-714-468-1100** o gratuitamente al **1-855-785-2584** para obtener ayuda para presentar su queja. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-714-468 1063**. El Coordinador de Mejora de Calidad le proporcionará información escrita sobre el proceso para presentar una queja. También puede visitar **[www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)** para obtener información sobre este proceso.
2. La persona que reciba su queja se encargará de ayudarle a documentar toda la información relacionada a la misma (si es que hace falta información) y coordinará una investigación para ayudarle a resolver su queja. TODA la información relacionada a su queja se mantendrá estrictamente confidencial y no será compartida con el personal del programa ni con proveedores contratados, a menos que se requiera para procesar la queja. Su expediente médico tampoco tendrá registro de su decisión de presentar una queja ante el CalOptima Health PACE.
3. Se le enviará una carta dentro de cinco (5) días naturales de presentar su queja para informarle que ha sido recibida. Cuando sea necesario, el Coordinador de Mejora de Calidad dará acuse de su queja por teléfono y aclarará la información proporcionada en el formulario para presentar quejas, u obtendrá y documentará hechos adicionales pertinentes a su queja. Se iniciará la investigación de su queja inmediatamente para averiguar lo sucedido y tomar las medidas correctivas adecuadas.
4. El personal del CalOptima Health PACE hará todo lo posible por resolver su inquietud dentro de treinta (30) días naturales de recibir su queja. El participante y/o su representante recibirán una carta explicando la resolución de la queja de parte del Departamento de Mejora de Calidad de PACE si se resolvió su queja dentro de treinta (30) días naturales de recibirla. Si no está satisfecho con la resolución, usted y/o su representante tienen el derecho de seguir con el proceso de quejas.

# Boletín de Avisos Anual 2022

5. En caso de que no se resuelva su queja dentro de treinta (30) días naturales, se enviará una carta a usted y/o a su representante para informarles sobre el estado de la investigación de su queja junto con la fecha que se anticipa llegar a una solución.

## Revisión acelerada de quejas

Si considera que su queja podría afectar gravemente su salud, que incluye la posibilidad de perder la vida, extremidades o funciones corporales vitales, sufrir dolores agudos, o que sus derechos como participante del programa han sido violados, el Coordinador de Mejora de Calidad acelerará la revisión de su queja y ésta será resuelta dentro de setenta y dos (72) horas de recibir la solicitud verbal y/o escrita para acelerar el proceso. En dado caso, se le informará inmediatamente por teléfono que:

- a. su solicitud para una queja acelerada fue recibida, y
- b. su derecho de informarle al Departamento de Servicios Sociales sobre su queja a través de una Audiencia Estatal.

## Resolución de quejas

Una vez que el CalOptima Health PACE termine la investigación y haya resuelto su queja, se le enviará una carta con una descripción de la queja que presentó, un resumen de las acciones tomadas para resolver su queja y otras opciones que puede seguir si no quedó conforme con la resolución de su queja.

## Opciones para la revisión de quejas

Si usted y/o su representante no están conformes con la resolución de su queja o han transcurrido más de treinta (30) días naturales y su queja no ha sido resuelta, pueden continuar con cualquiera de los procesos descritos a continuación. Aviso: Si piensa que esperar treinta (30) días naturales pone en grave peligro su salud, usted y/o su representante no tienen que esperar treinta (30) días naturales o hasta que se resuelva su queja para seguir con uno de los procesos descritos a continuación.

1. Si solamente tiene cobertura de **Medi-Cal** o de **Medi-Cal** y **Medicare**, tiene el derecho de presentar una queja ante el Department of Health Care Services comunicándose o escribiendo al:  
  
Ombudsman Unit Medi-Cal Managed Care  
Division Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, Mail Station 4412  
Sacramento, CA 95899-7413  
Teléfono: **1-888-452-8609**  
TTY: **1-800-735-2922**
2. Proceso para presentar una Audiencia estatal: De acuerdo con la ley del estado de California, puede solicitar una Audiencia estatal ante el California Department of Social Services en cualquier momento durante la revisión de una queja comunicándose o escribiendo al:  
  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 21-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
Teléfono: **1-800-743-8525**  
Fax: **1-833-281-0905**  
TTY: **1-800-952-8349**

Si desea solicitar una Audiencia estatal, debe hacerlo dentro de **noventa (90)** días de la fecha en que recibió la carta de resolución de su queja. Usted y/o su representante u otra persona designada, ya sea su pariente, amigo o abogado, puede representarlo durante la Audiencia estatal. También es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Hemos adjuntado una lista de las oficinas de servicios legales en el condado de Orange donde puede acudir para obtener ayuda legal.

3. Procedimiento interno de quejas del CalOptima Health PACE: CalOptima Health PACE garantizará de que cada queja sea tramitada de forma uniforme y que exista comunicación entre las diferentes personas responsables de revisar o resolver las quejas. Además, CalOptima Health PACE mantendrá la documentación adecuada para que la pueda utilizar el Programa de Manejo de Calidad del CalOptima Health PACE. Este proceso garantiza que se atiendan y resuelvan todas las inquietudes de los participantes.

---

## Información para los participantes sobre el proceso de apelaciones

El Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad de CalOptima Health comparte la responsabilidad de su atención y su satisfacción con los servicios que obtiene. Nuestro proceso para presentar apelaciones está diseñado para permitir que usted y/o su representante tengan la oportunidad de responder a una decisión tomada por el equipo interdisciplinario sobre su solicitud para o el pago de un servicio. Estamos aquí para ayudarle si desea presentar una apelación en cualquier momento. Si no habla inglés, un representante bilingüe del personal estará disponible para ayudarle. También contamos con servicios de interpretación para ayudarle.

No será discriminado por presentar una apelación. CalOptima Health PACE continuará brindándole todos los servicios que necesite durante el proceso de apelaciones. Se mantendrá completa discreción a lo largo del y después de finalizar el proceso de apelaciones y la información relacionada a su caso únicamente será compartida con aquellas personas autorizadas para ver tal información.

Si CalOptima Health PACE decide no cubrir o pagar por un servicio que quiere, usted puede tomar pasos para tratar de cambiar la decisión. Este tipo de acción bien sea presentada oralmente o por escrito, es conocida como una “**apelación**”. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión emitida sobre la negación de aprobar, brindar, coordinar o continuar brindando un servicio que considera que debemos cubrir o pagar.

Recibirá información escrita sobre el proceso para presentar una apelación al momento de inscribirse (consulte el Convenio de inscripción del miembro, términos y condiciones) y cada año sucesivamente. También recibirá la información y los formularios necesarios para presentar una apelación cada vez que CalOptima Health PACE niegue, retrase o modifique un servicio o solicitud de pago.

### **Definiciones:**

Una **apelación** se define como la acción tomada por el participante con respecto a la decisión hecha por la organización PACE de no cubrir o pagar por un servicio, que incluye la negación, reducción o cancelación de servicios.

Un **representante** es la persona que actúa en su nombre o que le ayuda, y puede incluir, entre otros, a un pariente, amigo, empleado del PACE o una persona legalmente identificada a través de una carta poder de atención médica o manifestación anticipada de voluntad, custodio, tutor legal, etc.

**Pasos para presentar una apelación normal o una apelación acelerada:** Existen dos tipos de apelaciones: la apelación normal y la apelación acelerada. Los dos tipos de apelaciones se describen a continuación.



## Boletín de Avisos Anual 2022

Si solicita una **apelación normal**, la apelación debe ser presentada dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días naturales de la fecha que el servicio o pago fue negado, retrasado o modificado. Dicha fecha está localizada en el Aviso de acción para solicitar un servicio o pago. (El plazo de 180 días puede ser aplazado si se comprueba una razón justa). Su apelación será resuelta tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar dentro de treinta (30) días naturales de la fecha en que fue recibida su apelación.

Si considera que su vida, salud o bienestar están en peligro si no obtiene el servicio solicitado, usted o su proveedor tratante puede solicitar una **apelación acelerada**. Si el proveedor tratante solicita una apelación acelerada en su nombre, o apoya su solicitud, ésta será resuelta tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar dentro de setenta y dos (72) horas de la fecha en que fue recibida su apelación. Este plazo puede ser aplazado por hasta catorce (14) días adicionales si solicita más tiempo o si el plan necesita más información y logra comprobarle al Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud que los días adicionales le serían de gran beneficio.

Si solicita una **apelación acelerada** sin el apoyo de un médico tratante, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de manera acelerada. Si decidimos negarle una **apelación acelerada**, se lo haremos saber en un plazo de setenta y dos (72) horas. Si esto sucede, su apelación se considerará una apelación normal.

*Aviso para los participantes de CalOptima Health PACE inscritos en Medi-Cal: si quiere seguir obteniendo el(los) servicio(s) que está(n) siendo disputado(s), CalOptima Health PACE continuará brindándolo(s) mientras se finalice el proceso de apelación. Si se determina que la decisión original de reducir o negar el(los) servicio(s) sigue en pie, es posible que usted sea responsable de pagar por el(los) servicio(s) que fue(ron) brindado(s) durante el proceso de apelaciones.*

La información a continuación describe el proceso de apelación que usted y/o su representante deben seguir si desean presentar una apelación:

1. Si usted o su representante solicitó un servicio o pago para un servicio y CalOptima Health PACE lo niega, retrasa o modifica, usted puede apelar la decisión. Se le proporcionará a usted o a su representante por escrito un “Aviso de acción para solicitar un servicio o pago”. Dicho aviso explicará la razón por la cual el servicio o pago fue negado, retrasado o modificado.
2. Puede presentar su apelación oralmente en persona, por teléfono o por escrito ante el personal del centro PACE al que asiste para ayudarle a comenzar el proceso. CalOptima Health PACE se encargará de darle información escrita sobre el proceso de apelaciones y que su apelación sea documentada en el formulario correcto. Necesitará proporcionar toda la información relacionada a su apelación para que la persona encargada de su apelación pueda resolverla de manera oportuna y eficiente. Usted o su representante puede presentar o proporcionar hechos relevantes y/o evidencia para ser revisada, ya sea en persona o por escrito a la dirección que se muestra a continuación. Si se necesita más información, alguien del Departamento de Mejora de Calidad se comunicará con usted para obtener la información que falta.
3. Si prefiere presentar su apelación por teléfono, puede comunicarse con el Departamento de Mejora de Calidad al **1-714-468-1100** o gratuitamente al **1-855-785-2584** para solicitar el formulario para presentar una apelación y/o pedir ayuda para presentar la apelación. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-714-468-1082**.
4. Si prefiere presentar la apelación por escrito, solicite el formulario para presentar una apelación del personal del centro. Envíe el formulario a:

# Boletín de Avisos Anual 2022

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

5. Si presentó una **apelación normal**, recibirá un acuse de recibo de su apelación dentro de cinco (5) días laborales de haberla presentado. Si presentó una **apelación acelerada**, usted o su representante será notificado por teléfono o en persona dentro de un (1) día laboral de recibir su apelación acelerada.
6. La reconsideración de una decisión tomada por CalOptima Health PACE será realizada por una persona que no participó en la decisión original en colaboración con el equipo interdisciplinario. El plan se asegurará de que esta persona sea imparcial y debidamente capacitada para tomar una decisión sobre la necesidad de los servicios solicitados.
7. Una vez que CalOptima Health PACE finalice la revisión de la apelación, usted o su representante será notificado por escrito sobre la decisión de su apelación. Como sea necesario y dependiendo de la decisión, CalOptima Health PACE le informará a usted y/o su representante sobre sus derechos para seguir con el proceso de apelación si no está satisfecho con el resultado. Consulte la información a continuación:

## **Derecho al debido proceso:**

El debido proceso constitucional significa que no se pueden reducir o parar sus beneficios sin un aviso oportuno y adecuado. Tal aviso debe explicar los motivos de la acción propuesta y permitir que un participante tenga la oportunidad de una audiencia. Los participantes de CalOptima Health PACE con una discapacidad visual u otras discapacidades requieren la entrega de materiales escritos en formatos alternativos. El Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud determinó que el aviso en un formato alternativo seleccionado o el aviso que cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Sección 11135 del Código de Gobierno se considera un aviso adecuado. CalOptima Health PACE no puede negar, reducir, suspender o parar servicios o tratamientos sin ofrecer un aviso adecuado dentro de los plazos legales convenientes. CalOptima Health PACE debe evaluar la fecha plazo de beneficios para los participantes que necesitan la entrega de materiales escritos en formatos alternativos, para tomar las medidas necesarias a partir de la fecha del aviso adecuado, incluidos todos los plazos para apelaciones y ayuda pagada pendiente. Los participantes de CalOptima Health PACE deben agotar el proceso de apelación interno y recibir un aviso de que se ha confirmado una determinación adversa de beneficios, antes de proceder a una Audiencia estatal. Sin embargo, si CalOptima Health PACE no ofrece un aviso adecuado a un participante con una discapacidad visual u otra discapacidad que requiera la entrega de materiales escritos en un formato alternativo, dentro de los plazos federales o estatales convenientes, se considera que el participante de CalOptima Health PACE ha agotado el proceso de apelación interno de CalOptima Health PACE y puede solicitar una Audiencia estatal. En tales casos, CalOptima Health PACE no tiene derecho de solicitar la desestimación de una Audiencia estatal por no haberse agotado el proceso de apelación interno de CalOptima Health PACE.

## La decisión de su apelación:

Una vez procesada la **apelación normal** y si la decisión sobre un servicio es totalmente a su favor, se requiere que el servicio sea brindado o coordinado tan pronto como su condición médica lo permita, pero a más tardar dentro de treinta (30) días naturales de haber recibido su solicitud. Si la decisión sobre un pago es totalmente a su favor, se requiere que el pago sea hecho dentro de sesenta (60) días naturales de haber recibido su apelación.

Una vez procesada la **apelación normal** y si la decisión sobre un servicio **no** es totalmente a su favor, o si la decisión no es hecha dentro de treinta (30) días naturales, tiene el derecho de solicitar una apelación externa por medio de Medicare o Medi-Cal (consulte la información a continuación sobre los **derechos adicionales para una apelación**). Una vez hecha, el plan debe informarle inmediatamente a usted, al Centers for Medicare & Medicaid Services y al Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud sobre la decisión. Se le informará por escrito sobre los derechos que tiene para solicitar una apelación externa bajo los programas de Medicare, Medi-Cal, o ambos. El plan también le ayudará a determinar cuál programa debe escoger para solicitar la **apelación externa** si califica para ambos. Asimismo, su apelación será enviada al programa adecuado para procesar la apelación externa.

Una vez procesada la **apelación acelerada** y si la decisión sobre un servicio es totalmente a su favor, se requiere que el servicio sea brindado o coordinado tan pronto como su condición médica lo permita, pero a más tardar dentro de setenta y dos (72) horas de haber recibido su solicitud para una apelación acelerada.

Una vez procesada la **apelación acelerada** y si la decisión sobre un servicio **no** es totalmente a su favor, o si la decisión no es hecha dentro de setenta y dos (72) horas, tiene el derecho de solicitar una apelación externa por medio de Medicare o Medi-Cal (consulte la información a continuación sobre los **derechos adicionales para una apelación**). Una vez hecha, el plan debe informarle inmediatamente a usted, al Centers for Medicare & Medicaid Services y al Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud sobre la decisión. Se le informará por escrito sobre los derechos que tiene para solicitar una **apelación externa** bajo los programas de Medicare, Medi-Cal, o ambos. El plan también le ayudará a determinar cuál programa debe escoger para solicitar la apelación externa si califica para ambos. Asimismo, su apelación será enviada al programa adecuado para procesar la apelación externa.

## Derechos adicionales para una apelación bajo Medicare y Medi-Cal

Usted tiene derechos adicionales para solicitar una apelación si la decisión tomada sobre la apelación no es a su favor o si una decisión no es hecha dentro del plazo establecido. Su solicitud para procesar una apelación externa puede ser presentada oralmente o por escrito. El siguiente nivel en el proceso de apelación consiste en una revisión nueva e imparcial por medio de Medicare o Medi-Cal.

El **programa de Medicare** tiene un contrato con una “Organización de Revisión Independiente” para revisar las apelaciones referentes a los programas PACE y brindar una opinión externa. Dicha organización es completamente autónoma al CalOptima Health PACE.

El **programa de Medi-Cal** realiza el siguiente nivel de apelaciones por medio de una Audiencia estatal. Si está inscrito en el programa de Medi-Cal, puede apelar la decisión de CalOptima Health PACE de reducir o parar un servicio que está recibiendo. Puede continuar recibiendo el(los) servicio(s) siendo disputado(s) hasta que se tome una decisión de su apelación. Sin embargo, si la decisión de la apelación no es a su favor es posible que tenga que pagar por tal(es) servicio(s).

## Boletín de Avisos Anual 2022

Si está inscrito en **ambos Medicare y Medi-Cal O solamente Medi-Cal**, el plan le ayudará a determinar cuál programa debe escoger para solicitar la apelación externa. Asimismo, su apelación será enviada al programa adecuado para procesar la apelación externa.

Hable con CalOptima Health PACE si no está seguro en qué programa está inscrito. A continuación, puede encontrar la información sobre los procesos para una apelación externa de Medicare y Medi-Cal.

### **Proceso para presentar una apelación externa de Medi-Cal**

Si está inscrito en **ambos Medicare y Medi-Cal O solamente Medi-Cal**, y decide apelar la decisión utilizando el proceso para presentar una apelación externa de Medi-Cal, su apelación será enviada al Departamento de Servicios Sociales de California (Department of Social Services). Puede solicitar una Audiencia estatal durante el proceso de apelación al:

California Department of Social Services State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 21-37, Sacramento, CA 94244-2430  
Teléfono: (800) 743-8525  
Fax: (833) 281-0905  
TTY: (800) 952-8349

Si decide solicitar una Audiencia estatal, lo debe hacer dentro de noventa (90) días de la fecha que recibió el *Aviso de acción para el servicio o solicitud de pago* de CalOptima Health PACE.

Puede presentar su caso usted mismo o puede designar a una persona tal como alguien de su confianza, como un pariente, amigo u abogado para que lo represente durante la Audiencia estatal. También es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Hemos adjuntado una lista de las oficinas de servicios legales en el condado de Orange donde puede acudir para obtener ayuda legal.

Si el juez de derecho administrativo toma una decisión a su favor, CalOptima Health PACE seguirá las instrucciones del juez para brindar el servicio o pago solicitado dentro del plazo establecido para una apelación normal o acelerada.

Si la decisión del juez **no** es a su favor, ya sea para una apelación normal o acelerada, y usted no está satisfecho con la decisión, puede seguir con el siguiente nivel de apelación. El personal de CalOptima Health PACE le puede ayudar con el proceso.

### **Proceso para presentar una apelación externa de Medicare**

Si está inscrito en **ambos Medicare y Medi-Cal O solamente Medicare**, y decide apelar la decisión emitida utilizando el proceso para presentar una apelación externa de Medicare, su apelación será enviada a la entidad actualmente contratada con Medicare para realizar una revisión imparcial de su apelación. Dicha entidad se comunicará con CalOptima Health PACE para informarle sobre los resultados de la revisión. Una vez que revise la apelación, la entidad determinará si la decisión original sigue en pie o debe ser aprobada. La entidad actualmente encargada de las apelaciones de Medicare es:

Maximus Federal Services  
Medicare Managed Care & PACE  
Reconsideration Project  
3750 Monroe Avenue, Suite 702  
Pittsford, NY 14524-1302  
Teléfono: (585) 348-3300  
Fax: (585) 425-5292

## Aviso de las prácticas de privacidad

CalOptima Health Health le ofrece acceso a la atención médica por medio del programa Medicare o Medi-Cal. De acuerdo con las leyes estatales y federales, debemos proteger su información de salud. Una vez que usted es elegible y se inscribe en nuestro plan de salud, Medicare o Medi-Cal nos envía su información. También recibimos información de salud por parte de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales a fin de aprobar y pagar su atención médica.

Este aviso describe cómo se debe usar y compartir su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. **Léalo con atención.**

### Sus derechos

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

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

<b>Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, además de otra información de salud que tengamos acerca de usted. Deberá hacer esta solicitud por escrito. Se le enviará un formulario para que lo llene y es posible que le hagamos un cobro razonable por los costos de los servicios de fotocopia y envío por correo de los registros. Debe presentar un documento de identificación válido para poder ver u obtener una copia de sus registros de salud.</li><li>▪ Por lo general, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud.</li><li>▪ Por razones permitidas por la ley, es posible que no tenga acceso a ciertas partes de sus registros.</li><li>▪ <b>CalOptima Health no tiene copias completas de sus expedientes médicos. Si desea ver, obtener una copia o modificar sus expedientes médicos, comuníquese con su médico o clínica.</b></li></ul>
<b>Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tiene derecho a enviar una solicitud por escrito para pedir que se modifique la información en sus registros que sea incorrecta o que esté incompleta. Deberá hacer su solicitud por escrito.</li><li>▪ Es posible que rechacemos su solicitud si CalOptima Health no generó o no conserva dicha información, o si creemos que la información es correcta y está completa, pero le explicaremos las razones por escrito en un plazo de 60 días.</li><li>▪ Si no realizamos las modificaciones que solicita, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración que indique el motivo por el que no está de acuerdo con nuestros registros y esa declaración se guardará con su expediente.</li></ul>

## Boletín de Avisos Anual 2022

<b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera en particular (por ejemplo, por teléfono de casa u oficina) o que enviemos su correspondencia a diferentes direcciones.</li> <li>▪ Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Debemos responder con un “sí” si nos indica que podría estar en riesgo si no lo hacemos.</li> </ul>
<b>Pedir que limitemos la información que usamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede pedirnos que <b>no</b> usemos ni compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, de pago o para nuestras operaciones.</li> <li>▪ No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si eso pudiera afectar su atención.</li> </ul>
<b>Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede pedir una lista de las veces en las que hemos compartido su información de salud en los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud.</li> <li>▪ Tiene derecho a solicitar una lista del tipo de información que se ha compartido, con quién, cuándo y por qué.</li> <li>▪ Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica, además de algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado).</li> </ul>
<b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa oportunamente.</li> <li>▪ También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web en <b><a href="http://www.caloptima.org">www.caloptima.org</a></b>.</li> </ul>
<b>Elegir a alguien para que tome decisiones por usted</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si le otorgó a alguien una carta poder médica o si tiene un tutor legal, esa persona puede hacer uso de sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>▪ Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y que pueda decidir por usted antes de que tomemos cualquier medida.</li> </ul>
<b>Presentar una queja si cree que no se cumplieron sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si cree que no cumplimos sus derechos, puede comunicarse con nosotros para presentar su queja utilizando la información descrita en este aviso.</li> <li>▪ No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>
<b>Usar una restricción de pago por su cuenta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si paga toda la factura de un servicio, puede pedir a su médico que no comparta con nosotros la información sobre ese servicio. Si usted o su proveedor presentan un reclamo a CalOptima Health, no tenemos que aceptar restricciones. Si una ley exige la divulgación, CalOptima Health no tiene que aceptar su restricción.</li> </ul>

**Para cierta información de salud, puede informarnos sus elecciones sobre lo que podemos compartir.**

Si tiene alguna preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se indican a continuación, comuníquese con nosotros. En la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) para fines

## Boletín de Avisos Anual 2022

no relacionados con el tratamiento, los pagos o las operaciones, primero debemos obtener su autorización por escrito. Si recibimos su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. No podemos revertir el hecho de haber usado o compartido su PHI cuando teníamos su autorización por escrito, pero sí podemos dejar de usarla o compartirla en el futuro.

<p><b>En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de solicitarnos que:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en la prestación de su atención;</li> <li>▪ compartamos información en una situación de auxilio ante catástrofes.</li> </ul>
<p><b>En estos casos, <i>nunca</i> compartimos su información a menos que usted nos dé autorización por escrito:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Notas de psicoterapia</u>: Debemos obtener su autorización para llevar a cabo cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, excepto para realizar algún tratamiento, pago u operación de atención médica.</li> <li>▪ Fines comerciales.</li> <li>▪ Venta de su información.</li> </ul>

### Nuestros usos y divulgaciones

CalOptima Health puede usar o compartir su información solo para fines relacionadas con el programa Medicare y/o Medi-Cal. La información que usamos y compartimos incluye, entre otros:

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

**Algunos ejemplos del modo en que compartimos su información con quienes participan en su atención son los siguientes:**

<p><b>Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están atendiendo.</li> </ul>	<p><b><i>Por ejemplo:</i></b> Un médico nos envía información sobre su plan de diagnóstico y tratamiento para que coordinemos servicios adicionales. Compartiremos la información con médicos, hospitales y otras entidades para que reciba la atención que necesita.</p>
<p><b>Gestionar nuestra organización (operaciones de atención médica)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podemos usar y compartir su información para gestionar nuestra organización y comunicarnos con usted en el momento en que sea necesario.</li> <li>▪ <b>No tenemos permitido usar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de la cobertura.</b></li> </ul>	<p><b><i>Por ejemplo:</i></b> Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted, lo que puede incluir la revisión de la calidad de la atención y los servicios que recibe. También podemos usar esta información en auditorías e investigaciones de fraude.</p>

## Boletín de Avisos Anual 2022

<b>Pagar sus servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podemos usar y compartir su información de salud en la medida que paguemos sus servicios de salud.</li> </ul>	<p><i><b>Por ejemplo:</b></i> Compartimos información con médicos, clínicas y otras entidades que nos facturan por su atención. También podemos reenviar facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.</p>
<b>Administrar su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podemos compartir su información de salud con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, CMS) para administrar su plan.</li> </ul>	<p><i><b>Por ejemplo:</b></i> El DHCS nos contrata para que proporcionemos un plan de salud, por lo cual le proporcionamos ciertos datos.</p>

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas; en general, de manera que contribuya al bienestar público, como la salud pública y a la investigación. Debemos reunir varios requisitos previstos por la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

<b>Ayudar en cuestiones de salud y seguridad públicas</b>	<p>Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prevenir enfermedades</li> <li>▪ ayudar a retirar productos del mercado</li> <li>▪ informar sobre reacciones adversas a los medicamentos</li> <li>▪ avisar si se sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>▪ prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien</li> </ul>
<b>Cumplir la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un examinador médico o un director funerario.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.</li> <li>▪ Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o director funerario cuando una persona fallece.</li> </ul>



# Boletín de Avisos Anual 2022

<b>Atender solicitudes de compensación por accidentes de trabajo, solicitudes para la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.</b>	Podemos usar o compartir su información de salud: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ para atender reclamos de compensación por accidentes de trabajo;</li><li>▪ para fines de aplicación de la ley o relacionados con un oficial del orden público;</li><li>▪ con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley;</li><li>▪ para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.</li></ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una orden de comparecencia.</li></ul>
<b>Cumplir leyes especiales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hay leyes especiales que protegen ciertos tipos de información de salud, como los servicios de salud mental, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, y las pruebas y el tratamiento del VIH y SIDA. Cumpliremos estas leyes siempre y cuando sean más estrictas que este aviso.</li><li>▪ También hay leyes que limitan nuestro uso y divulgación por razones directamente relacionadas con la administración de los programas de CalOptima Health.</li></ul>

## Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le haremos saber de manera oportuna si surge algún incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si nos lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

## Cambios a los términos en este aviso

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

## Cómo comunicarse con nosotros para hacer uso de sus derechos

Si desea hacer uso de alguno de los derechos de privacidad descritos en este aviso, escríbanos a:

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

O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health al:  
**1-714-246-8500**

Línea gratuita: **1-888-587-8088 (TTY 711)**

Si cree que no protegimos su privacidad y desea presentar una queja o reclamación, puede escribir o llamar a CalOptima Health a la dirección y número telefónico antes mencionados. También puede comunicarse con las siguientes agencias:

# Boletín de Avisos Anual 2022

## California Department of Health Care Services

Privacy Officer  
C/O: Office of HIPAA Compliance  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413  
Correo electrónico: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)  
Teléfono: 1-916-445-4646  
Fax: 1-916-440-7680

## U.S. Dept. of Health and Human Services

Office for Civil Rights  
Regional Manager  
90 Seventh St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)  
Teléfono: 1-800-368-1019  
Fax: 1-415-437-8329  
TTY: 1-800-537-7697

## Haga uso de sus derechos sin temor

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

Este aviso se aplica a todos los programas de atención médica de CalOptima Health.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

CalOptima Health PACE brinda lo siguiente:

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

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

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

# Boletín de Avisos Anual 2022

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

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

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

---

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES -** **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA**

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

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

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

Puede localizar los formularios de quejas en  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electrónicamente:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES -** **DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

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

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

# Boletín de Avisos Anual 2022

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

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

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

## TAGLINE

### English Tagline

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

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير اتصل بـ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រីន ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如文盲和需要较大字体阅读,也是方便取用的。请致电 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### हिंदी टैगलाइनी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

# Boletín de Avisos Anual 2022

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລຍາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. ਅਪਰਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-844-999-7223 (линия 1-714-468-1063)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-844-999-7223 (телетайп 1-714-468-1063)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

## Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Estos servicios son gratuitos.

## Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

## แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

# Boletín de Avisos Anual 2022

## Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Ці послуги безкоштовні.

## Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

## Multi-language Interpreter Services

---

### English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### Chinese Mandarin:

我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

### Chinese Cantonese:

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

### Tagalog:

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

### French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

### Vietnamese:

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

### German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

# Boletín de Avisos Anual 2022

## **Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

## **Russian:**

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-877-412-2734 (телетайп 1-714-468-1063)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

## **:Arabic**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

## **Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-844-999-7323 (TTY 1-714-468-1063)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है

## **Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-844-999-7323 (TTY 1-714-468-1063)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

## **Portugués:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

## **French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

## **Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. Ta usługa jest bezpłatna.

## **Japanese:**

当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## **:Farsi**

ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم، فقط با ما تماس بگیرید **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)**. کسی که انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.



CalOptima Health, A Public Agency

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

## Boletín de Avisos Anual 2022

### ¡Mire adentro!

- Donación de órganos y tejidos
- Declaración de derechos
- Información para los participantes sobre el proceso de quejas y apelaciones
- Aviso de las prácticas de privacidad
- Aviso de no discriminación

### Números telefónicos del PACE y horario de atención

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

<b>PACE línea local:</b>	<b>1-714-468-1100</b>
PACE línea gratuita:	<b>1-855-785-2584</b>
PACE línea TTY:	<b>1-714-468-1063</b>
<b>Médico de guardia (24 horas):</b>	<b>1-714-468-1100</b>
Caídas:	<b>1-714-468-1100</b>
Farmacia:	<b>1-714-554-1111</b>
Transporte:	<b>1-714-884-7976</b> <b>1-562-688-7214</b>

#### Centros de cuidado urgente

Gateway Urgent Care Anaheim:	<b>1-562-826-7420</b>
Irvine Urgent Care Irvine:	<b>1-714-554-1111</b>
Sunrise Urgent Care Orange:	<b>1-714-554-1111</b>

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