



# Boletín de Avisos Anual 2024

## 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 de los participantes de CalOptima Health PACE

Cuando se une a un Programa de Atención Integral para personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, 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, los servicios de Medicaid 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 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:

# Boletín de Avisos Anual 2024

- Recibir toda su atención médica en un entorno seguro, limpio y de manera accesible.
- No sufrir daños. Esto incluye abuso físico o mental, negligencia, medicamentos excesivos, 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 ayudarlo 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 de CalOptima Health PACE.
- No tener que realizar trabajos o prestar servicios para el programa PACE.

---

## TIENE DERECHO A LA PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN.

---

La discriminación es ilegal. Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe obedecer la ley. No pueden discriminarle por ninguno de los siguientes motivos:

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

Si cree que ha sido discriminado por cualquiera de estos motivos, comuníquese con un miembro del personal del programa PACE para que le ayude a resolver su problema.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**.

---

## TIENE DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN Y AYUDA.

---

Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender, 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.

# Boletín de Avisos Anual 2024

- 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.

---

## TIENE DERECHO A ELEGIR A SUS PROVEEDORES.

---

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica, incluidos su médico general 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 AL ACCESO A SERVICIOS DE EMERGENCIA.

---

Tiene derecho a recibir servicios de emergencia en el momento y en el lugar en que los necesite sin la aprobación del programa PACE. Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud está en grave peligro, cuando cada segunda cuenta. Es posible que tenga una lesión grave, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeora rápidamente. Puede obtener atención de emergencia en cualquier lugar de Estados Unidos y no necesita obtener permiso de CalOptima Health PACE para buscar servicios de emergencia.

---

## TIENE DERECHO A PARTICIPAR EN LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO.

---

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

- Que se le expliquen todas las opciones de tratamiento en un idioma que comprenda, a que se le informe por completo de su estado de salud y de su evolución, y a tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a no recibir tratamiento ni tomar medicamentos. Si decide no recibir tratamiento, se le debe informar cómo esto afectará su salud.
- 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.

# Boletín de Avisos Anual 2024

- Participar en la elaboración 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, SOLICITAR SERVICIOS ADICIONALES O PRESENTAR UNA APELACIÓN.

---

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 (1-800-633-4227) 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 los servicios de CalOptima Health PACE 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 entre en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que CalOptima Health PACE reciba su aviso de cancelación de membresía.

# Boletín de Avisos Anual 2024

*Si cree que se ha infringido alguno de sus derechos o está inconforme y desea presentar una queja o apelación, infórmese 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 su cuidador 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 siguientes responsabilidades:

*Tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:*

- Cooperar con el equipo interdisciplinario en la ejecución de su plan de atención.
- Aceptar las consecuencias de rechazar el tratamiento recomendado por el equipo interdisciplinario.
- 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 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.
- 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.
- El programa 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. El programa CalOptima Health PACE no es responsable de salvaguardar pertenencias.

## Información sobre el proceso para presentar quejas

**Definición:** Una queja se define como un reclamo, ya sea escrito u oral, en el que se expresa la insatisfacción con los servicios prestados o la calidad de la atención a los participantes. 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 del 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; y
- una infracción de sus derechos.

### Presentación de quejas

La siguiente información describe el proceso para presentar quejas que usted o su representante deben seguir si usted o su representante desean presentar una queja.

1. Puede discutir verbalmente su queja en persona o por teléfono con el personal del programa PACE del centro al que asiste. El empleado se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso para presentar quejas y de que su queja se documente en el formulario de reporte de quejas. 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

También puede comunicarse con nuestro Departamento de Mejora de Calidad al **1-714-468-1100** o gratuitamente al **1-844-999-PACE (7223)** para solicitar un formulario de reporte de quejas y recibir ayuda para presentar una queja. Las personas con discapacidades auditivas (TTY) pueden llamar al **1-714-468-1063**. Nuestro Departamento de Mejora de Calidad le proporcionará información por escrito sobre el proceso para presentar quejas. También puede acceder a nuestro sitio web en **[www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)** para recibir información sobre el proceso para presentar quejas.

# Boletín de Avisos Anual 2024

2. El miembro del personal que reciba su queja le ayudará a documentar su queja (si su queja no está documentada todavía) y a coordinar la investigación y las medidas. Toda la información relacionada con su queja se mantendrá en estricta confidencialidad.
3. Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su queja en un plazo de cinco (5) días calendario, el cual mencionará los pasos específicos, incluidos los plazos de respuesta, que se tomarán para resolver su queja. También analizaremos esta información con usted. La investigación de su queja comenzará inmediatamente para encontrar soluciones y tomar las medidas correspondientes.
4. El personal de CalOptima Health PACE hará todo lo posible por resolver su queja dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja, y usted recibirá una carta escrita con la resolución. Si no le satisface esa resolución, usted o su representante tienen derecho a emprender acciones adicionales.
5. En caso de que no se tenga la resolución en un plazo de treinta (30) días calendario, se le notificará por escrito a usted o a su representante el estado y la fecha estimada de la resolución de la queja.

## Resolución de quejas

1. Una vez que CalOptima Health PACE complete la investigación y tenga la resolución final de su queja, usted recibirá una notificación por escrito, la cual le proporcionará un informe por escrito que describirá el motivo de su queja y un resumen de las acciones tomadas para resolver su queja.
2. CalOptima Health PACE continuará brindándole todos los servicios requeridos durante el proceso de quejas.

## Opciones de revisión de quejas

1. 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 del Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS); para ello, comuníquese con:

Health Consumer Alliance  
Programa de Mediador en Asuntos de  
Interés Público de Medi-Cal

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

---

# Información sobre el proceso de apelación

**Definición:** Una apelación es una acción del participante que usted toma con respecto a la decisión CalOptima Health PACE de no cubrir o no pagar un servicio, incluidas la denegación, la reducción o la discontinuación de servicios. Recibirá información por escrito sobre el proceso de apelación cuando se inscriba y al menos cada año después de entonces o cuando el equipo interdisciplinario niegue una solicitud de determinación de servicio o una solicitud de pago.

# Boletín de Avisos Anual 2024

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.

**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. Podemos extender este plazo hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión o si nosotros justificamos ante el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud la necesidad de obtener más información y cómo le beneficia a usted la demora.

*Nota: Si 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 niega 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 ante el personal del programa PACE del establecimiento al que asiste. El empleado se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de apelación, y de que su apelación esté documentada en el formulario correspondiente. Deberá proporcionar información completa de su apelación para que el empleado correspondiente pueda ayudarle a resolver su apelación de manera oportuna y eficiente. Usted o su representante pueden presentar o enviar información o pruebas relevantes para su revisión, tanto en persona como por escrito, a la dirección que se indica a continuación. Si se necesita más información, el director del centro PACE o el Departamento de Mejora de Calidad, quienes le ayudarán a obtener la información que falta, se comunicarán con usted.



# Boletín de Avisos Anual 2024

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) 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 PACE 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. Nos aseguraremos de que estas personas sean imparciales y estén acreditadas en los campos o disciplinas relacionados con los servicios que usted solicitó.
7. Una vez que CalOptima Health PACE haga 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 a la División de Cuidados a Largo Plazo del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud (Department of Healthcare Services, DHCS).

## Derechos de apelación adicionales con Medi-Cal y Medicare

Si no decidimos a su favor sobre su apelación o no le proporcionamos una decisión dentro del plazo requerido, usted tiene derechos de apelación adicionales. Su solicitud para presentar una apelación externa puede hacerse verbalmente o por escrito. El siguiente nivel de apelación implica una revisión nueva e imparcial de su solicitud de apelación a través del programa Medicare o Medi-Cal.

# Boletín de Avisos Anual 2024

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

El programa Medi-Cal lleva a cabo su siguiente nivel de apelación a través del proceso de Audiencia Estatal.

Si está inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal, le ayudaremos a elegir qué proceso de apelación seguir. También enviaremos su apelación al programa externo correspondiente para su revisión.

Si no está seguro de en qué programa está inscrito, pregúntenos. Los procesos de apelaciones externas de Medicare y Medi-Cal se describen a continuación.

## Proceso de apelaciones externas de Medi-Cal

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

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 entidad de apelaciones contratada actualmente por Medicare para revisar su apelación de manera imparcial. Se debe presentar una solicitud de reconsideración por escrito ante la actual entidad de apelaciones de Medicare dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la decisión del revisor imparcial de la apelación interna. La entidad de apelaciones de Medicare actualmente contratada se comunicará con nosotros para darnos los resultados de su revisión. La entidad de apelaciones de Medicare actualmente contratada 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) 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

## Aviso de las prácticas de privacidad

Vigente: 14 de abril de 2003 | Actualización: 24 de agosto de 2024

CalOptima Health brinda acceso a atención médica por medio del programa Medicare o Medi-Cal. De acuerdo con las leyes federales y estatales, debemos proteger su información de salud. Después de ser elegible e inscribirse 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 para aprobar y pagar su atención médica.

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

### Sus derechos

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

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

<b>¿Cómo protegemos su información?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemos implementado controles para el acceso físico y electrónico a su información, que incluye raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.</li><li>• Nuestras políticas y procedimientos describen lo que está permitido y lo que no está permitido al utilizar su información personal de salud, lo que incluye raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.</li><li>• El acceso a medios electrónicos puede incluir formatos digitales, dispositivos y equipos electrónicos, y almacenamiento de información.</li><li>• No discriminamos a los miembros en función de ninguna información sensible.</li></ul>
<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 presentar esta solicitud por escrito. Se le enviará un formulario para que lo llene, y es posible que le hagamos un cobro justo por los costos de los servicios de fotocopia y correo postal. Deberá proporcionar una forma válida de identificación 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 le divulguemos ciertas partes de sus registros.</li><li>• <b>CalOptima Health no tiene copias completas de su expediente médico. Si desea ver su expediente médico, obtener una copia de este o hacer algún cambio en él, comuníquese con su médico o clínica.</b></li></ul>

## Boletín de Avisos Anual 2024

<p><b>Pedir que corriamos sus registros de salud y de reclamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a enviar una solicitud por escrito para pedir que se cambie alguna información en su expediente que esté incorrecta o incompleta. Deberá presentar su solicitud por escrito.</li> <li>• Es posible que rechacemos su solicitud si CalOptima Health no generó o no conserva tal información, o si creemos que la información es correcta y está completa, pero le explicaremos las razones por escrito en un plazo de 60 días.</li> <li>• Si no hacemos los cambios que solicitó, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración que indique por qué no está de acuerdo con nuestros registros, y esa declaración se guardará con su expediente.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicados confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por su método de contacto preferido (por ejemplo, por teléfono de casa o trabajo) o que enviemos su correspondencia a una dirección diferente.</li> <li>• Tomaremos en cuenta todas las solicitudes justas. Tendremos que acceder si nos indica que usted podría estar en riesgo si no lo hacemos.</li> </ul>
<p><b>Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que <b>no</b> usemos o compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pago, o para nuestras operaciones.</li> <li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si eso pudiera afectar su atención.</li> </ul>
<p><b>Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una lista de las veces en las que compartimos su información de salud durante los últimos 6 años anteriores a la fecha en la que lo solicitó.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una lista sobre qué información compartimos, con quién, cuándo y por qué la compartimos.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones, con excepción de aquellas relacionadas con su tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, además de algunas otras divulgaciones (como alguna que usted nos haya pedido que hiciéramos).</li> </ul>
<p><b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó el aviso electrónicamente. Le ofreceremos una copia impresa oportunamente.</li> <li>• También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web <a href="http://www.caloptima.org">www.caloptima.org</a>.</li> </ul>

## Boletín de Avisos Anual 2024

<p><b>Elegir a alguien para que tome decisiones por usted</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le dio a alguien una carta poder médica o si tiene un tutor legal, esa persona podrá ejercer los derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>• Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y de que pueda decidir por usted antes de tomar alguna medida.</li> </ul>
<p><b>Presentar una queja si siente que no se cumplieron sus derechos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si siente que no cumplimos sus derechos, puede quejarse comunicándose con nosotros por medio de la información incluida en este aviso.</li> <li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>
<p><b>Usar restricciones de pago por su cuenta</b></p>	<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 una restricción. Si la 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 una preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones a continuación, comuníquese con nosotros. En la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) para fines no relacionados con el tratamiento, pagos u operaciones, primero debemos recibir su autorización por escrito. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. No podemos revertir el hecho de haber usado o compartido su información de salud protegida 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 pedirnos que:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención</li> <li>• compartamos información en una situación de auxilio ante catástrofes</li> </ul>
<p><b>En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su autorización por escrito:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD): debemos obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de información sobre SUD.</li> <li>• Notas de psicoterapia: debemos obtener su autorización para hacer cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia, excepto para llevar a cabo algún tratamiento, pago u operación de atención médica.</li> <li>• Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual, excepto para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.</li> <li>• Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para la suscripción, la denegación de cobertura y servicios, o para la determinación de beneficios.</li> <li>• Fines comerciales.</li> <li>• Venta de su información.</li> </ul>

# Boletín de Avisos Anual 2024

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a 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. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

## Nuestros usos y divulgaciones

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

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

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

<b>Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están atendiendo. Esto puede incluir su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para proporcionarle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades.</li></ul>	<b>Por ejemplo:</b> Un médico nos envía información sobre su plan de diagnóstico y tratamiento para que coordinemos servicios adicionales. Compartiremos esta información con médicos, hospitales y otras personas para brindarle la atención que necesita.
<b>Dirigir nuestra organización (operaciones de atención médica)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li><li>• <b>No tenemos permitido usar información genética para decidir si le prestaremos cobertura ni el precio de esta.</b></li></ul>	<b>Por ejemplo:</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.

## Boletín de Avisos Anual 2024

<p><b>Pagar sus servicios de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y compartir su información de salud mientras paguemos sus servicios de salud.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b> Compartimos información con los médicos, las clínicas u otras entidades que nos facturen por su atención. También podemos reenviar facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.</p>
<p><b>Administrar su plan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud con el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud (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><b>Por ejemplo:</b> El DHCS nos contrata para que proporcionemos un plan de salud, por lo cual le proporcionamos ciertas estadísticas.</p>

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

Tenemos permitido o se nos solicita compartir su información de otras formas; en general, en maneras que promuevan el bienestar público, como en materia de investigación y salud pública. Tenemos que reunir varios requisitos previstos por la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

<p><b>Ayudar con la salud pública y los problemas de seguridad</b></p>	<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>
<p><b>Cumplir la ley</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales 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>
<p><b>Responderemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajaremos con un examinador médico o un director funerario</b></p>	<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 forense, examinador médico o director funerario, cuando fallece una persona.</li> </ul>

# Boletín de Avisos Anual 2024

<p><b>Atender solicitudes de indemnización para trabajadores, de la policía y otras solicitudes gubernamentales</b></p>	<p>Podemos usar o compartir su información de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para atender reclamos de indemnización para trabajadores</li> <li>• para fines relacionados con la aplicación de la ley o con un oficial de seguridad pública</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>
<p><b>Responder a demandas y acciones judiciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud en respuesta a alguna orden judicial o administrativa, o en respuesta a una orden judicial de comparecencia.</li> </ul>
<p><b>Cumplir leyes especiales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen leyes especiales que protegen ciertos tipos de información de salud, como los servicios de salud mental, el tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, y las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA. Obedeceremos estas leyes cuando sean más estrictas que este aviso.</li> <li>• También existen leyes que limitan nuestro uso y divulgación por razones directamente relacionadas con la administración de los programas de CalOptima Health.</li> </ul>

## Información sobre su salud reproductiva

CalOptima Health tiene prohibido compartir, y no compartirá, información sobre su atención médica reproductiva para ninguno de los siguientes fines (Fines Prohibidos) sin su aprobación por escrito. La atención médica reproductiva incluye toda la atención médica que afecta a su sistema reproductivo y sus funciones y procesos, por ejemplo, anticonceptivos, aborto y servicios relacionados con el aborto, servicios de planificación familiar, servicios de fertilidad, y cualquier otra atención, servicio o suministros relacionados con su sistema reproductivo.

## Fines Prohibidos

<p><b>Investigar o imponer responsabilidad por simplemente buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica legal reproductiva.</b></p>	<p>Por ejemplo, no divulgaremos su información de salud reproductiva cuando se solicite la información para hacer cumplir una ley de otro estado que prohíbe la atención médica reproductiva si esa atención es legal en California.</p>
<p><b>Identificar a una persona para investigar o imponer responsabilidad por simplemente buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica legal reproductiva.</b></p>	<p>Por ejemplo, no divulgaremos su información de salud reproductiva cuando se solicite para identificar a un proveedor que ayudó legalmente con servicios de atención médica reproductiva en California.</p>



# Boletín de Avisos Anual 2024

CalOptima Health puede compartir información sobre su salud reproductiva para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o según lo permita la ley federal y estatal si la divulgación no es para uno de los dos Fines Prohibidos anteriores. Si divulgamos su información para los siguientes fines, obtendremos una declaración de la persona que solicita su información de salud reproductiva que indique que no utilizará su información para los Fines Prohibidos mencionados anteriormente:

<b>Actividades de supervisión de la salud</b>	Por ejemplo, podemos compartir información sobre su salud reproductiva con agencias responsables de supervisar las actividades de atención médica, como investigar si la atención médica reproductiva realmente se brindó o se facturó adecuadamente.
<b>Procedimientos judiciales o administrativos</b>	Por ejemplo, podemos compartir información sobre su salud reproductiva en respuesta a una orden judicial de comparecencia cuando el motivo de la solicitud no sea uno de los Fines Prohibidos mencionados anteriormente.
<b>Fines relacionados con la aplicación de la ley</b>	Por ejemplo, podemos compartir información sobre su salud reproductiva en respuesta a una investigación policial relacionada con agresión sexual, tráfico sexual o coerción de menores para obtener atención de salud reproductiva.
<b>Divulgaciones sobre personas fallecidas a un forense o examinador médico</b>	Por ejemplo, podemos compartir información sobre su salud reproductiva con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

## Cambios a los términos en este aviso

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

## Posible divulgación posterior

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

## Cómo comunicarse con nosotros para ejercer sus derechos

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

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

# Boletín de Avisos Anual 2024

O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-714-246-8500** o la línea gratuita al **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 al número de teléfono antes mencionados. También puede comunicarse a las agencias que se mencionan a continuación:

## **California Department of Health Care Services**

Privacy Officer

C/O: Office of HIPAA Compliance

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. Department 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) Phone: 1-800-368-1019

Fax: 1-415-437-8329

TDD: 1-800-537-7697

## **Ejerza sus derechos sin temor**

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

# Boletín de Avisos Anual 2024

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

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

---

## **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 al día, los 7 días de la semana, al **1-844-999-7223**. O, si no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY al **1-714-468-1063**.
- **Por escrito:** llene el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:  
CalOptima Health PACE Quality Improvement – Grievance and Appeals  
13300 Garden Grove Blvd.  
Garden Grove, CA 92843

# Boletín de Avisos Anual 2024

- 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:

**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>.

# Boletín de Avisos Anual 2024

## 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:

### ប្រាសាទខ្មែរ (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 ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Simplified 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)**。我们还另外提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。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 पिन्ट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-844-999-7223 (TTY 1-714-468-1063)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe 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 2024

## 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.

## ແທງໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ 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 hlou mbiutc aengx caux aamz mborq benx domh sou se mbenc nzoh 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**). ਅਪਾਹਜ 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 слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-844-999-7223** (линия TTY **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** (линия TTY **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.

# Boletín de Avisos Anual 2024

## แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

## 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 **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# Boletín de Avisos Anual 2024

Form Approved  
OMB# 0938-1421

## 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:**

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-844-999-7223** (TTY **1-714-468-1063**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

### **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.

### **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.



# Boletín de Avisos Anual 2024

## 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 परश्च 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.

## Portuguese:

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.

Esta página se deja en blanco.

Esta página se deja en blanco.



CalOptima Health, A Public Agency

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

## Boletín de Avisos Anual 2024

### ¡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>1-844-999-PACE (7223)</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

Orange County Urgent Care Anaheim:	<b>1-714-991-5700</b>
Nellie Gail Urgent Care Laguna Hills:	<b>1-949-600-1907</b>
Sunrise Urgent Care Orange:	<b>1-714-771-1420</b>

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