

Hope PACE[®] Acuerdo de Inscripción

Manual de Servicios





Acuerdo de Inscripción

Revisado 5-17

Llame Hope PACE en (239) 985-6400,
Llamadas Gratis (866) 659-7223 or
Duro de Oído (800) 995-8771

Indice

1. Introducción	2
2. Nuestra Misión.....	2
3. Descripción del Programa	3
4. Eligibility	3
5. Características Especiales.....	4
6. Acceso a Servicios	5
7. Documento de Voluntades Anticipadas y Poder	8
8. Beneficios y Cobertura	9
9. Servicio de Emergencia y Cuidados de Urgencia	21
10. Lesiones por Accidentes.....	23
11. Derechos de los Participantes.....	24
12. Responsabilidades del Participante y del Cuidador.....	27
13. Apoyo y Defensa del Consumidor	28
14. Terminación de Beneficios.....	33
15. Disposiciones para Reinscribirse	35
16. Declaración de Confidencialidad	35
17. Definiciones	36

1. Introducción

¿Quién hubiera pensado que hubiera otra opción en el momento de recibir más ayuda médica...más cuidados de enfermeros...más ayuda con los quehaceres diarios?

Bienvenido a Hope PACE®, un Programa que Incluye Todo Cuidado para los Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly – PACE por sus siglas en inglés), auspiciado por Hope Healthcare. Nos alegramos que haya elegido PACE para sus cuidados de salud.

Este manual le ayudará a entender:

- Hope PACE, el programa PACE que sirve los condados Charlotte, Collier y Lee
- El tipo de cuidados que Hope PACE le proporciona
- El Acuerdo de Inscripción que usted firma

Hope PACE está comprometido a ayudarlo a estar lo más saludable posible por el mayor tiempo posible. Hope PACE es un programa voluntario, y se puede dar de baja en cualquier momento. Deseamos que pueda permanecer en su hogar y comunidad con su familia. Haremos lo posible para que se ponga más fuerte para que continúe haciendo lo que disfruta. Nos enfocaremos en lo que puede hacer, en vez de lo que no puede hacer.

Si tiene alguna pregunta una vez haya leído el presente acuerdo de inscripción, por favor llame a nuestras oficinas de admisiones e inscripción: (239) 985-6400, gratis al (866) 659-7223, o duro de oído (800) 995-8771.

Se admiten pacientes a este programa y se brinda servicios sin distinción de raza, color, lugar de nacimiento, nivel de incapacidad o edad*.

* Advertencia: No aplica a la elegibilidad de inscripción de 55 años de edad o mayor.

2. Nuestra Misión

Brindar cuidados holísticos, centrados en el cliente, a largo plazo a individuos mayores en estado delicado mientras apoyamos su deseo de dignidad, autonomía y capacidad para mantener cierto grado de independencia. Y, para apoyar sus decisiones al final de la vida en un ambiente de cuidado y apoyo.

3. Descripción del Programa

Hope PACE, un programa de Hope Hospice and Community Services, es un Programa que Incluye Todo Cuidado para los Ancianos (PACE). PACE se basa en un exitoso modelo de cuidado a largo plazo de San Francisco conocido como Lock-In. Este programa se desarrolló como un programa de salud especial para ciudadanos de la tercera edad. Con frecuencia las personas de la tercera edad tienen condiciones médicas que duran largos períodos de tiempo. Este plan de salud coordina a médicos, enfermeros y demás especialistas del campo de salud a ayudar con dichos problemas. Además, brinda a los participantes de Hope PACE un lugar donde ir para recibir dichos cuidados.

Hope PACE es diferente a cualquier otro tipo de programa de cuidados de salud. Es un programa integral de cuidados de salud que ofrece una manera más personal de recibir cuidados de salud. Todos los que formamos parte de Hope PACE deseamos conocerle. Una vez le conozcamos, nuestro personal de Hope PACE trabajará con usted y su familia para brindarle el tipo de cuidado que necesita.

Deseamos que se mantenga independiente el mayor tiempo posible. Ofrecemos un programa completo de cuidados de salud y servicios de salud diseñados para que usted pueda vivir en su propio hogar y comunidad tanto tiempo sea posible.

Hope PACE ofrece una variedad de servicios veinticuatro (24) horas diarias, siete (7) días a la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días al año. Personas especializadas en cuidados de salud observarán cambios en su condición, proveerán tratamientos y le alentarán a que haga cosas por sí mismo. Mediante Hope PACE puede recibir servicios médicos, de enfermería, terapia física, terapia ocupacional, servicios de nutrición, servicios de trabajo social médico, incluyendo servicios que puede recibir en su hogar. Además, los servicios médicos especializados, tales como de audición, odontología, oftalmología, psiquiatría y terapia del habla son una parte importante de su cuidado.

Si necesita atención en un hospital, recibirá estos cuidados mediante Hope PACE. Si necesita servicios de un hogar de ancianos, Hope PACE se encargará de que obtenga dichos servicios en su comunidad. También, Hope PACE se interesa en las necesidades sociales, culturales y económicas de usted y su familia. Al fin y al cabo, esto es primordial en nuestra misión a usted.

4. Eligibility

Para ser elegible a inscribirse en Hope PACE deberá:

- Tener al menos 55 años de edad
- Residir en el condado Charlotte, Collier o Lee
- Poder vivir en la comunidad sin poner en peligro su salud o seguridad
- Estar clínicamente elegible para colocarse en un asilo de ancianos de acuerdo al Departamento de la Florida de Asuntos de Ancianos (FL Department of Elder Affairs - DOEA por sus siglas en inglés)

5. Características Especiales

A continuación lo que ofrece nuestro programa que ningún otro programa de cuidados de salud ofrece.

- **Un Equipo Interdisciplinario de Cuidados** - Su cuidado se planea con usted y su familia y lo brinda un Equipo Interdisciplinario de Cuidados compuesto por personas especiales que trabajan para usted. Su Equipo incluye, al menos, un médico primario, un enfermero licenciado, un trabajador social, un dietista, un terapeuta físico, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla, un coordinador de actividades, un administrador Hope PACE, un coordinador de cuidados del hogar, un asistente de cuidados en el hogar o su representante, y un chofer o su representante. Las habilidades de cada miembro del Equipo se utilizan para determinar el cuidado de salud que necesita. El Equipo también puede llamar a otros especialistas. Con su ayuda, se crea un plan de cuidados de salud para usted.
- **Autorización de Cuidados** - Usted llegará a conocer muy bien a cada miembro de su Equipo. Ellos le ayudarán a mantenerse lo más saludable e independiente posible. Su selección de cuidados de salud deberá aprobarse de antemano por su Equipo para que Hope PACE pague por dichos servicios. Aproximadamente dos veces al año su Equipo le hablará acerca de sus necesidades. Hablará con usted y su familia para ver si estas necesidades han cambiado. Se reunirán con usted y su familia con mayor frecuencia si sus necesidades de salud lo exigen, o a petición suya o de su familia. Si su Equipo Interdisciplinario de Cuidados considera que usted debe recibir servicios adicionales de otros médicos o especialistas, aprobarán dichos servicios antes de usted ver a su proveedor externo. Si usted hace citas sin el conocimiento o consentimiento del Equipo, usted pudiera ser responsable del pago de dichos servicios.
- **Hope PACE Center** - Recibirá lo mejor en servicios de cuidados de salud en nuestro Hope PACE Center, un centro de múltiples propósitos que le brinda cuidados de salud, actividades, comidas nutritivas y la oportunidad de hacer vida social y nuevas amistades.
- **Médicos y Demás Miembros del Equipo** - Su médico de Hope PACE y los demás miembros del Equipo lo cuidarán.
- **Lugar y Días Adecuados para su Cuidado** - Hope PACE fue creado para brindar cuidados donde se necesiten. Ello significa que proveerán el número de días adecuados para ser hospitalizado siempre que lo necesite. Su Equipo Interdisciplinario de Cuidados decidirá la mejor manera y el mejor lugar para atenderle una vez haya hablado con usted y su familia. El Equipo también decidirá el tipo de cuidado que usted recibirá en su hogar por el que Hope PACE pagará.
- **Disposiciones de "Lock-In"** - Esto significa que una vez que participe en Hope PACE, los servicios de salud que recibe serán provistos por Hope PACE. Dichos servicios serán aprobados por los miembros de su Equipo Interdisciplinario de Cuidados.
- **Pagos Especiales** - Si es elegible para Medicare y/o Medicaid, Hope PACE toma el lugar de los programas Medicare y/o Medicaid. El único pago que hará Medicare y/o Medicaid para sus cuidados será un pago mensual a Hope PACE. Hope PACE le brindará todo su cuidado. Usted recibirá todos los servicios que acostumbra recibir de Medicare y Medicaid y aún podrá recibir más servicios.
- **Consentimiento de Primas/Responsabilidad Civil a Terceros del Paciente** - Si usted es elegible para Medicare y no para Medicaid, se le pedirá que pague el equivalente del pago que Hope PACE recibiría de Medicaid mensual, más una prima para sus servicios de farmacia de la Parte D de Medicare.
- **If Si usted es elegible para Medicare después de inscribirse en el PACE**, usted debe obtener toda la cobertura de Medicare (Partes A y / o B, y la Parte D) de la Hope PACE.

6. Acceso a Servicios

Hay cuatro (4) pasos para inscribirse en Hope PACE. Tan pronto haya completados todos los cuatro pasos y esté inscrito oficialmente en Hope PACE, comenzará a recibir servicios. Los cuatro pasos son:

1. Admisión
2. Evaluación
3. Inscripción
4. Aprobación Final

1. Admisión - La admisión suele comenzar cuando usted o algún familiar, o aún un representante de una agencia, llama a Hope PACE para hablar acerca de sus necesidades. Dicha llamada nos dice si usted pudiera ser elegible para participar en Hope PACE. En este momento se concertará una cita para reunirnos personalmente. Estudiaremos sus necesidades médicas y decidiremos la mejor manera de cuidarle y donde deberá recibir ese cuidado. Durante esta visita, usted será informado de:

- Los requisitos de elegibilidad para inscribirse en Hope PACE
- El contenido del Acuerdo de Inscripción de Hope PACE
- Como funciona el programa Hope PACE, los servicios que ofrecemos y la respuesta a cualquier pregunta que tuviera acerca de nosotros
- Si se inscribe, deberá estar de acuerdo en recibir todos sus cuidados de salud a través de Hope PACE
- La cantidad de su costo mensual, si lo hubiere

Después de esta visita, si está interesado en participar en Hope PACE, un miembro del Equipo Interdisciplinario de Cuidados hablará con usted acerca de sus necesidades de cuidados de salud con otros miembros del Equipo y programará un horario de sus visitas al Hope Care Center. Por lo general, este horario significa que usted irá al Centro de dos (2) a tres (3) días para conocernos mutuamente y conocer sus necesidades médicas individuales. También le pediremos que firme una autorización para poder obtener sus récords médicos de los médicos que lo han visto para así obtener su historial completo de salud.

2. Evaluación - Una vez que cada miembro del Equipo haya leído su récord médico, su Equipo Interdisciplinario de Cuidados se reunirá para hablar del cuidado que necesita. En esta reunión, desarrollarán un plan de cuidado individual para usted, y decidirán el plan de cuidados recomendado para vivir con seguridad en la comunidad.

3. Inscripción (Conferencia con la Familia y Aprobación Preliminar) - Un miembro del Equipo Interdisciplinario de Cuidados se reunirá con usted para hablar acerca de inscribirse en Hope PACE. Es importante que traiga consigo este acuerdo de inscripción a la conferencia. Si lo desea, puede asistir a la reunión su familia o una persona allegada y se hablará sobre:

- El plan de cuidados que el Equipo Interdisciplinario de Cuidados considera que usted debe tener y el papel que tendrá su familia en él
- Sus costos mensuales, si los hubiere
- La característica del “Lock-In: Cuando usted participa en Hope PACE, su Equipo lo cuidará. El Equipo Interdisciplinario de Cuidados hará todo a su alcance para mantenerlo tan saludable y activo como sea posible. Esto significa que una vez que participa en Hope PACE, solo Hope PACE le brindará cuidados de salud. Dichos servicios serán aprobados por los miembros de su Equipo Interdisciplinario de Cuidados. Si es elegible para Medicare y/o Medicaid, Hope PACE toma el lugar de los programas estándar de Medicare y/o Medicaid. El único pago que hará Medicare y/o Medicaid lo hará a Hope PACE. No pagarán a otros proveedores, porque usted solamente puede estar inscrito en un programa de Medicare o Medicaid a la vez.
- Que hacer si no está contento con los cuidados que recibe en Hope PACE

Si usted decide participar en Hope PACE, le pediremos que firme el Acuerdo de Inscripción en el lugar apropiado. Una vez firmado, usted recibirá:

- La tarjeta Hope PACE** - que lo identifica como participante del programa Hope PACE
- La etiqueta adhesiva de emergencia** - una pegatina larga, de color brillante para colocar sobre o cerca del teléfono. Así lo tiene a mano cuando más lo necesita. La pegatina muestra los teléfonos a llamar en caso de emergencia.
- La etiqueta adhesiva de Medicare** - una pegatina más pequeña para colocar al dorso de su tarjeta Medicare. La tarjeta Medicare es la pequeña tarjeta que tiene su número del Seguro Social escrito arriba y es roja, blanca y azul. Por favor, coloque la pegatina al dorso de la tarjeta y presente la misma cada vez que recibe servicios autorizados.
- Plan de emergencia** - La hoja detallada y firmada que contiene las instrucciones de que hacer en caso de emergencia.
- Acuerdo de Inscripción firmado** - su copia firmada; deberá firmarse antes que pueda recibir los servicios de Hope PACE
- Acuse de recibo del Plan de Cuidados** - su copia firmada del plan que el equipo interdisciplinario de cuidados diseñó para usted
- Información sobre el Hope PACE Center** - que incluye asistencia
- Información sobre el Equipo Interdisciplinario de Cuidados** - se insertará en su manual, y se actualizará periódicamente
- Lista de proveedores bajo contrato con Hope PACE** - se insertará en su manual, y se actualizará periódicamente
- Declaración de confidencialidad**
- Planilla de consentimiento a las inmunizaciones**
- Que traer al Centro** y demás información útil
- Planilla para autorizar la liberación de fotos**
- Consentimiento para la prima/Responsabilidad civil a terceros del paciente** - para hacer pagos, si los hubiere

4. Aprobación Final - Debido a que Hope PACE ha prometido servir solamente a personas que necesitan cuidados a largo plazo, la oficina del Florida Department of Elder Affairs CARES deberá estar de acuerdo en que la condición de su salud exija que usted reciba el tipo de cuidado que proveemos. La oficina local del Florida Department of Elder Affairs CARES revisará los récords escritos por la agencia contratada para determinar si usted es elegible para recibir nuestra atención. En raros casos en que se decida que usted no califica para recibir el tipo de cuidado que ofrece Hope PACE, no podrá inscribirse.

Si esto ocurre, podrá apelar la decisión al Estado de la Florida a la siguiente dirección:

Department of Children and Families
Office of Appeals Hearings
1317 Winewood Blvd.
Building 5, Room 255
Tallahassee, FL 32399-0700

Si no califica para inscribirse en Hope PACE, su elegibilidad con Medicare y/o Medicaid no se afectará.

Aviso Importante

Si usted es elegible para Medicare o Medicaid, los servicios o beneficios que usted recibe una vez participe en Hope PACE se hacen posibles mediante un acuerdo especial que tenemos con Medicare (The Centers for Medicare and Medicaid Services [Centros de Servicios Medicare y Medicaid - CMS por sus siglas en inglés] del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) y de Medicaid (Florida Agency for Health Care Administration).

Cuando usted es un Participante, usted acuerda aceptar beneficios SOLAMENTE de Hope PACE en lugar de sus beneficios acostumbrados de Medicare y Medicaid.

Hope PACE provee los mismos servicio básicos que Medicare y Medicaid. El Acuerdo de Inscripción Hope PACE se le explicará en su totalidad y usted y su cuidador lo deberán leer minuciosamente antes de firmar el lugar apropiado del acuerdo de inscripción. Haga al personal de Hope PACE cualquier pregunta que tenga para asegurar que usted entiende todo el Acuerdo de Inscripción.

Si se inscribe en Hope PACE, podrá cancelar su inscripción si cambia de parecer. Hope PACE trabajará con usted para procesar su cancelación tan pronto sea posible. Le pedimos que nos dé aviso previo por escrito al menos treinta (30) días antes de darse de baja en Hope PACE. Hasta tanto no se procese su baja, deberá seguir usando los servicios Hope PACE. Ello dará a su Equipo Interdisciplinario de Cuidados tiempo para trabajar con usted y su familia para planear sus necesidades futuras de cuidados de salud. También permite a Hope PACE tener tiempo suficiente para notificar a Medicare y Medicaid su decisión de darse de baja.

7. Documento de Voluntades Anticipadas y Poder

Es importante que Hope PACE y su Equipo Interdisciplinario de Cuidados entiendan como usted desea que se brinden sus cuidados de salud. Pudiera llegar el momento en que usted se encuentre demasiado enfermo para hablar con su Equipo Interdisciplinario de Cuidados Hope PACE, con su familia o con su cuidador. La política de Hope PACE es hablar con usted y su familia antes de que se enferme de gravedad respecto al cuidado que usted desea que se le preste.

Mantendremos una copia escrita y firmada del tipo de cuidados que usted desea que Hope PACE le preste. No importa lo que decida, le daremos el cuidado que desea. A continuación las formas en que usted puede dejar saber a Hope PACE que entiendan y cumplan sus deseos.

- Puede dar instrucciones por escrito. Esto se llama “documento de voluntades anticipadas” o “testamento vital.”
- Pudiera decirle a otro que decida por usted acerca de su cuidado. Esta solicitud deberá estar por escrito. Se llama “poder, subrogatorio o mandato de cuidados de salud.”
- La Orden de No Resucitar (Do Not Resuscitate - DNR por sus siglas en inglés) es una orden médica que identifica a individuos que han elegido de antemano que no los resuciten en caso de paro cardíaco o respiratorio. Usted y su representante legal y su médico deberán firmar el documento. El documento está disponible en el Departamento de Salud de la Florida o de su médico y su abogado.

8. Beneficios y Cobertura

A. Fechas Efectivas para la Inscripción

Su inscripción es efectiva el primer día del mes calendario siguiente a la fecha en que recibimos el acuerdo de inscripción firmado. Sus fechas efectivas de inscripción están enumeradas en su acuerdo de inscripción.

Su centro Hope PACE es:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47
Port Charlotte, FL 33952 | <input type="checkbox"/> 13020 Livingston Road
Naples, Florida 34109 |
| <input type="checkbox"/> 2668 Winkler Avenue,
Fort Myers, Florida 33901 | <input type="checkbox"/> 1201 Wings Way
Lehigh Acres, Florida 33936 |
| <input type="checkbox"/> 1333 Santa Barbara Blvd, Bldg A
Cape Coral, FL 33991 | |

Asistirá al Centro Hope PACE de_____.

Su chofer pasará a buscarle aproximadamente a las_____.
Aunque planeamos estar a tiempo, haremos lo posible por dejarle saber si llegamos tarde.

Su chofer lo regresará a casa aproximadamente a las_____.

B. Acuerdo de Inscripción a Firmar

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección permanente: _____

Dirección postal (si es distinta a la dirección permanente): _____

Estado de Beneficios de Medicaid: Parte A ___ Parte B ___ Ambas ___ Ninguna ___

No. de Medicare: _____

Estado de Receptor de Medicaid: _____

No. de Medicaid: _____

Otra información sobre seguros de salud (si aplica): _____

Idioma primario: _____ Segundo idioma: _____

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, YO, _____ acuerdo inscribirme en los servicios de Hope PACE. He recibido copia del acuerdo de inscripción y he hablado con un miembro del personal de Hope PACE acerca de mis beneficios de inscripción. Entiendo que una vez me inscriba en Hope PACE, recibiré todos mis beneficios de cuidados de salud de Hope PACE. Un miembro del personal de Hope PACE ha revisado la siguiente información conmigo y/o mi cuidador:

- Los requisitos de elegibilidad para participar en Hope PACE
- El proceso de inscripción en Hope PACE
- Poder sobre Cuidados de Salud y Documento de Voluntades Anticipadas
- Fecha efectiva de inscripción y ejemplo de la lista de control de la conferencia de inscripción
- Descripción de los tipos de beneficios y cobertura que recibiré con Hope PACE
- Información respecto a Hope PACE, incluyendo horarios, y que hacer cuando hay mal tiempo
- Información acerca del Equipo Interdisciplinario de Cuidados que me atenderá
- Lista de proveedores bajo contrato con Hope PACE y de empleados
- Financiamiento, información sobre pagos mensuales, incluyendo pagos a hacer, si los hubiere. Entiendo lo que Hope PACE no pagará.
- Información sobre centros de cuidado a largo plazo y como utilizarlos para mi cuidado
- Cobertura de emergencia y cuidados de urgencia
- Información acerca de que hacer en caso de accidentes
- Copia de los derechos de participación - Carta de Derechos
- Mis responsabilidades como participante en Hope PACE y responsabilidades de mi cuidador
- Información acerca del Consejo de Participantes y del Consejo Asesor de Consumidores
- Información acerca del proceso de agravios Hope PACE
- Información acerca del proceso de apelaciones Hope PACE
- Información acerca del proceso de apelaciones de Medicaid y Medicare
- Información acerca de como terminar mis beneficios Hope PACE
- Información acerca de cómo volver a solicitar beneficios Hope PACE
- Declaración de confidencialidad
- Definición de los términos del manual del Acuerdo
- Notificación que no se puede dar de baja de Hope PACE en oficinas del Seguro Social

He podido hacer preguntas y las mismas han sido contestadas. Entiendo el programa Hope PACE y deseo participar en el mismo. Entiendo que inscribirme en Hope PACE resultará en una baja automática de cualquier otro programa prepago de Medicare o Medicaid. También entiendo que inscribirme en cualquier otro plan prepago de Medicare o Medicaid u otro beneficio opcional después de inscribirme en Hope PACE me obliga a terminar voluntariamente mi asociación con Hope PACE.

Entiendo que si me mudo o dejo el área de servicio por un período largo de tiempo, deberé notificar a Hope PACE.

Acuerdo aceptar mis servicios de salud de Hope PACE en vez de otros programas patrocinados por Medicare y/o Medicaid y que la fecha efectiva de mi inscripción es: _____

Entiendo que por la presente autorizo la divulgación e intercambio de mi información personal entre los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) y sus agentes, the Florida Agency for Health Care Administration (AHCA), the Florida Department of Elder Affairs (DOEA) y Hope PACE.

Nombre del participante Firma del participante o representante autorizado Fecha

Nombre del testigo Firma del testigo Fecha

* La firma de otro que no sea el participante o familiar inmediato deberá acompañarse de los documentos debidos de acuerdo a las leyes de la Florida y la política y procedimientos de Hope PACE.

C. Descripción General de Beneficios y Cobertura

Hope PACE brinda muchas clases de cuidados. Como participante en el programa, todos los servicios necesarios se le proveerán mediante Hope PACE. La mayoría de estos servicios los recibirá en Hope Care Center. Su Equipo Interdisciplinario de Cuidados está familiarizado con todos los servicios ofrecidos y decidirá con usted el más apropiado para sus necesidades. Los servicios que puede recibir de Hope PACE son:

Servicios de Salud para Pacientes Externos

1. Cuidados de salud diurnos para adultos
2. Médico, servicios de clínica y especialistas, que pudieran incluir enfermeros especializados. Las mujeres participantes tienen derecho a elegir un especialista calificado en servicios de salud femenina de la red de proveedores de Hope PACE para que les brinde cuidados de rutina y preventivos. Los servicios especializados pudieran incluir:
Anestesiología, audiología, servicios de salud del comportamiento/salud mental y servicios de abuso de sustancias incluyendo servicios comunitarios de rehabilitación psiquiátrica, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, medicina interna, nefrología, neurocirugía, oncología, oftalmología, cirugía oral, cirugía ortopédica, otorrinolaringología (garganta, nariz y oídos), cirugía plástica, enfermedades pulmonares, radiología, reumatología, cirugía general y cirugía ambulatoria, cirugía torácica y vascular, urología
3. Cuidados por enfermeros
4. Servicios sociales médicos
5. Terapia física, ocupacional y del habla
6. Podiatría
7. Ayuda para usted y su familia de cómo seleccionar y cocinar alimentos saludables
8. Pruebas de laboratorio, rayos-X y otras pruebas para evaluar su salud
9. Medicinas y medicamentos recetados. Los deberá recibir a través de Hope PACE
10. Prótesis y equipo médico duradero (como camas de hospital, sillas de rueda y andadores)
11. Cuidados de la vista, incluyendo exámenes, tratamiento y aparatos para ayudarle a ver mejor tales como espejuelos
12. Cuidados psiquiátricos incluyendo evaluación, consultas, diagnóstico y tratamiento
13. Servicios de audición incluyendo evaluación, aparatos para sordos, reparación y mantenimiento

Cuidados a Pacientes Hospitalizados

1. Habitación compartida y comidas
2. Servicios generales de médicos y enfermeros
3. Médico/quirúrgico, cuidados intensivos, unidad de cuidados cardíacos, según sean necesarios
4. Pruebas de laboratorio, rayos-X y otras pruebas para evaluar su salud
5. Medicinas y medicamentos recetados aprobados por el Equipo Interdisciplinario de Cuidados
6. Transfusiones de sangre o de algunas de las diferentes partes de la sangre
7. Atención quirúrgica incluyendo medicinas que lo duermen durante la cirugía
8. Uso de oxígeno
9. Terapia física, del habla, ocupacional o respiratoria
10. Servicios sociales médicos
11. Atención en el salón de emergencias
12. Ambulancia
13. Servicios del salón de tratamientos

Las habitaciones privadas y los cargos por enfermeros privados no están incluidos en los servicios de hospitalización, a no ser que su Equipo Interdisciplinario de Cuidados considere que son necesarios para su condición. Cualquier artículo no médico, como cargos por llamadas, no está incluido de no haber sido autorizado por el Equipo.

Centros de Cuidados a Largo Plazo

1. Habitación compartida y comidas
2. Servicios de médicos y enfermeros
3. Cuidados de custodia
4. Cuidados y asistencia personal
5. Medicinas y medicamentos recetados
6. Terapia física, del habla y ocupacional
7. Servicios sociales médicos
8. Provisiones y aparatos médicos

Cuidados de Salud en el Hogar

1. Servicios de enfermeros especializados
2. Visitas médicas
3. Terapia física, del habla y/o ocupacional
4. Servicios sociales médicos
5. Servicios de atención personal
6. Servicios de ama de casa/quehaceres
7. Comidas entregadas en el hogar con dietas especiales
8. Cuidadores suplentes (respite care)

Cuidados al Final de la Vida

Los cuidados al final de la vida incluyen atención en el hospital, en el hogar de ancianos, en Hope Care Center, en el hogar, en un centro de hospicios o a través de servicios a pacientes externos.

Servicios Relacionados con la Salud

Los servicios relacionados con la salud incluyen transporte, servicios de ama de casa/quehaceres, comidas entregadas en el hogar, ayuda para que se desplace dentro de la comunidad, y ayuda con el manejo de su dinero y pago de cuentas.

Cuidados Dentales

Se le dará cuidados dentales de acuerdo a sus necesidades. Su Equipo Interdisciplinario de Cuidados le proveerá un dentista que cuide de sus dientes y encías. Cuando se inscriba en Hope PACE le harán un chequeo dental. Después, se le hará un chequeo al menos una vez al año. Lo más importante es brindarle cuidado a cualquier pieza bucal, o encía, con dolor o infección. Queremos que mantenga salud bucal para que pueda comer y beber sin problemas. Los servicios dentales pudieran incluir:

- Servicios de diagnóstico – exámenes y pruebas, o rayos-X, para comprobar sus necesidades.
- Servicios de prevención – limpieza e instrucciones para mantener sus dientes y encías lo más saludables posible.
- Restauración dental – empastes, coronas temporeras o permanentes.
- Prótesis bucales – dentaduras postizas completas o parciales.
- Cirugía oral – extracción de dientes o remover o reparar los tejidos blandos o duros de la encía.

El personal de Hope PACE le provee todos los servicios de cuidados primarios a través de Hope Care Center y programas de servicios en el hogar. A veces, el Equipo Interdisciplinario de Cuidados considera que el participante necesita un servicio especializado. Si ninguno de los miembros del Equipo está entrenado para ofrecer dicho cuidado, Hope PACE hará arreglos especiales con hospitales y otros de la comunidad que tienen dicho entrenamiento.

Segunda Opinión Médica

Usted pudiera querer la opinión de otro proveedor de cuidados de salud. En dicho caso, deberá pedir a Hope PACE que obtenga esta segunda opinión. Si hace esto Hope PACE lo pagará.

D. Hope PACE Center

Usted recibirá la mayor parte de sus servicios de cuidados de salud en un centro de salud diurno para adultos dentro del Hope Care Center:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47
Port Charlotte, FL 33952 | <input type="checkbox"/> 13020 Livingston Road
Naples, Florida 34109 |
| <input type="checkbox"/> 2668 Winkler Avenue,
Fort Myers, Florida 33901 | <input type="checkbox"/> 1201 Wings Way
Lehigh Acres, Florida 33936 |

Nuestro horario es de 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. de lunes a viernes. Si necesita ayuda fuera de horas, nos puede llamar. Siéntase libre de llamarnos si tiene cualquier pregunta o inquietud.

Es importante que asista al Hope PACE Center en el/los día(s) programados cada semana. Si no puede asistir el día programado, avísenos ANTES de las 7:00 a.m., o tan pronto sea posible, para que su chofer y el resto de su equipo de cuidados sean notificados.

Hope PACE permanecerá cerrado los días feriados legales y religiosos. Le dejaremos saber cuando estaremos cerrados por ser día feriado. A continuación una lista de los días del año en que Hope PACE cierra y no se proveen servicios en Hope Care Center:

- Día de Año Nuevo
- Día de Recordación
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día de Navidad

Cuando hay Mal Tiempo

Permaneceremos cerrados cuando hay mal tiempo como huracanes o inundaciones. Si las escuelas públicas están cerradas, igual estará cerrado Hope Care Center. Las estaciones locales de radio y televisión anunciarán el cierre de las escuelas públicas.

Si el tiempo se empeora mientras usted esté en Hope Care Center, haremos lo posible por enviarlo a casa temprano. Si cerramos temprano, notificaremos a la familia y/o cuidadores según sea necesario.

E. El Equipo Hope PACE

Hope Care Center tiene su propio Equipo de Cuidados que consta de las siguientes personas. Su Equipo Interdisciplinario de Cuidados le será asignado durante la conferencia de inscripción.

- **El Administrador del Centro** es responsable de las operaciones diarias del Centro.
- **El Médico Primario** es el médico responsable de supervisar la atención médica primaria que usted recibirá.
- **Los Enfermeros del Personal** son responsables por sus cuidados de enfermería. Trabajan con el médico y el enfermero comunitario para brindarle atención médica.
- **Los Enfermeros Asistentes Licenciados** son responsables de las actividades del cuidado del paciente como ayudarlo con sus necesidades personales.
- **Los Coordinadores de Cuidados en el Hogar** son responsables de la coordinación de servicios que se ofrecen en el hogar, incluyendo asistentes de cuidados y equipos personales.
- **El Farmacéutico** es responsable por las medicinas que toma.
- **El Dietista** es responsable de que sus necesidades alimenticias y nutritivas se cumplan.
- **Los Trabajadores Sociales** son responsables de los servicios de apoyo social. Pudieran ayudarlo a encontrar recursos sociales externos, contestar preguntas acerca de cómo administrar su dinero o Medicaid, y ser un recurso de ayuda respecto asuntos de familia o emocionales.
- **El Terapeuta Físico** le ayuda a hacer lo necesario para mantener sus músculos fuertes. Esto le ayuda a moverse mejor. El terapeuta físico también asegura que el equipo que recibe, tales como una silla de ruedas o un andador, cumple con sus necesidades y le es fácil de operar.
- **Los Terapeutas de Actividades y Recreo** son los que lo alientan a conocer a otros participantes, le enseñan oficios manuales, organizan juegos y lo llevan en excursiones. En otras palabras, son las personas maravillosas que inventan cosas divertidas que le gustaría a usted hacer. No obstante, usted puede sugerir nuevas o diferentes actividades que también le gustaría hacer. Deseamos que disfrute el tiempo que pasa en Hope Care Center.
- **El Asistente del Terapeuta Ocupacional/Físico** ayuda al terapeuta físico en su cuidado.
- **El Terapeuta Ocupacional** le ayuda a ejercitar los brazos y manos para que puede hacer algunas de las cosas que disfruta. Esto incluye poderse peinar o cepillar el cabello, comer o escribir su nombre.
- **El Terapeuta del Habla** es responsable por ayudarlo a usar los músculos faciales. Esto le ayuda a comer y hablar y comunicarse con los demás.

El grupo de rostros sonrientes que le saludan temprano en la mañana para llevarle al Hope Care Center, que le llevan a sus citas, que le devuelven a la casa con seguridad, y que programan los horarios de la camioneta son los miembros del equipo de transporte.

- **El Director de Transporte** es responsable de administrar las necesidades de transporte de Hope Care Center. El Coordinador de Transporte programa el tiempo de los viajes y las rutas del chofer para que usted no tenga que pasar mucho tiempo en la camioneta. El Coordinador de Transporte también le dejará saber si el chofer tiene retraso o si hay algún problema.
- **Los Chofers** son los que le buscan en la mañana y le llevan a casa en la tarde. También podrán llevarlo a paseos con otros participantes o a citas con médicos especialistas.

F. Proveedores bajo Contrato

Hope PACE se asocia a otros proveedores de ser necesario para mejor satisfacer sus necesidades. Se incluye un inserto que enumera a los proveedores bajo contrato en el paquete que recibe durante su inscripción/conferencia familiar. Se le enviarán nuevas listas cada año.

La lista se actualiza mensualmente y los cambios aparecerán en su boletín trimestral. Usted podrá solicitar una copia de la lista de proveedores bajo contrato en cualquier momento, pero recuerde, todos los servicios contratados deberán ser aprobados previamente por su Equipo Interdisciplinario de Cuidados.

Un ejemplo de las personas de la lista pudiera incluir especialistas, al igual que médicos de la vista, dentistas y demás. La lista también incluye hospitales, centros de vivienda comunitaria (ALF por sus siglas en inglés), proveedores de cuidados en el hogar, entre otros. Los proveedores bajo contrato que utiliza Hope PACE tienen licencia, certificación y/o credenciales de acuerdo a los requisitos de las juntas que los gobiernan.

G. Financiamiento: Información sobre Pagos Mensuales

Su pago mensual dependerá de su elegibilidad de Medicare y Medicaid. Si usted es elegible para:

Medicare y Medicaid - no paga a Hope PACE

Sólo Medicare

- *Si usted tiene Medicare Parte A, y está inscrito bajo Medicare Parte B y no es elegible para Medicaid, tendrá que hacer un pago mensual a Hope PACE de \$ _____ efectivo _____ (fecha).*
- *Si usted tiene Medicare Parte A, y NO está inscrito bajo Medicare Parte B y no es elegible para Medicaid, tendrá que hacer un pago mensual a Hope PACE de \$ _____ efectivo _____ (fecha).*
- *Si usted no es elegible para Medicaid, tendrá que hacer un pago mensual a Hope PACE de \$ _____ efectivo _____ (fecha).*
- *Si usted tiene Medicare Parte B y no es elegible para Medicaid, tendrá que hacer un pago mensual a Hope PACE de \$ _____ efectivo _____ (fecha).*
- *Si usted es solamente elegible para Medicare Parte B, tendrá que pagar la prima mensual de Medicare a la Administración de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) para ser elegible. Si su elegibilidad en los programas Medicare/Medicaid cambia durante su participación en Hope PACE, su pago mensual cambiará. Vea la cantidad que aparece arriba para determinar el cambio, o pregúntele a un representante de Hope PACE.*
- **Aviso:** Las cantidades anteriores incluyen pago por todas las medicinas recetadas cubiertas bajo Medicare Parte D.

Si usted tiene que hacer un pago mensual a Hope PACE, deberá hacer el pago para el primero de mes después de firmar el Acuerdo de Inscripción. Después, el pago mensual se deberá hacer antes del primero de mes. Puede pagar con cheque, giro postal o efectivo a:

Hope PACE
2668 Winkler Avenue
Fort Myers, FL 33901

¿Qué sucede si mi pago es tarde?

Si usted no ha pagado o hecho arreglos satisfactorios para pagar su factura mensual por el día décimo (10mo) del mes, se le enviará un "Segundo Aviso" de una factura vencida y cobrará un cargo de veinte dólares (\$ 20⁰⁰). Si usted todavía no ha pagado o hecho arreglos satisfactorios para pagar su factura al final del mes usted recibirá una carta explicando que se le involuntariamente dado de baja del programa Hope PACE si usted no paga su factura, y el proceso de desafiliación involuntaria comenzara.

Ejemplo: Se le cobrará \$ 100 para el mes de enero. El pago se realizará antes del 10 de enero. Si usted todavía no ha pagado su factura antes del 1 de febrero para el cuidado enero recibida, entonces el proceso de desafiliación involuntaria comenzará.

Hope PACE coordinará su declaración en la cuota de Medicare y Medicaid para el sistema de servicio si usted es elegible. Hope PACE seguirá prestando servicios hasta la fecha de vigencia de la desafiliación. Si se cancela su inscripción, un plan de alta será desarrollado por su equipo de atención interdisciplinaria a fin de determinar sus necesidades de atención en curso. Hope PACE establece sus cargos mensuales una vez al año y tiene el derecho de cambiar sus cargos con treinta (30) días.

H. Financiamiento: Exclusiones y Limitaciones

El personal de Hope PACE se compromete a darle el mejor cuidado posible, pero hay cosas que no puede hacer por usted. A continuación la lista de lo que no podremos pagar:

- Cualquier servicio que su Equipo Interdisciplinario de Cuidados no autorice, aunque aparezca en la lista de servicios de Hope PACE, a no ser que sea un servicio de emergencia.
- Cirugía cosmética a no ser que le ayude en su vida cotidiana, o si fuere necesaria para reparar cualquier parte del cuerpo seriamente lesionado en un accidente, o reconstructiva, después de una mastectomía.
- Procedimientos de salud/tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales.**
- Cualquier servicio brindado fuera de los Estados Unidos, excepto los permitidos bajo el plan Medicaid aprobado por el estado o por Medicare. (Los EEUU incluyen los 50 estados, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte)
- Cuando usted está hospitalizado o en un centro de pacientes internos: habitación privada y enfermeros privados a no ser que el Equipo Interdisciplinario de Cuidados lo considere necesario para su condición. También, no se incluyen los cargos no médicos de conveniencia personal como llamadas telefónicas, alquiler de radios o televisores, a no ser que el Equipo lo haya autorizado específicamente como parte del plan de cuidados.

* Hope PACE entiende que pudiera haber un tratamiento o servicio médico o de salud que pudiera ayudarle a prevenir o corregir algún problema de salud que no esté cubierto bajo este programa. Si Hope PACE no cubre dicho servicio o tratamiento, su Equipo Interdisciplinario de Cuidados buscará alternativas y le informará sobre dichas opciones.

I. Centros de Cuidados a Largo Plazo

Si usted es elegible para Medicaid y en algún momento su Equipo Interdisciplinario decide con usted y su familia que no pueden cuidarle más en su hogar, pudieran colocarle en un centro de cuidados de salud. Pudiera ser a corto plazo, o si fuere necesario, pudiera ser permanente.

Si usted reside de forma permanente en un centro de cuidados a largo plazo, Espero PACE requiere que pagar el dinero que ha estado recibiendo cuando estabas en casa directamente a la un centro de cuidados a largo plazo para su alojamiento y comida. Hope PACE continúa dando a usted todos sus cuidados médicos y supervisando todas sus necesidades. Su médico de Hope PACE le sigue dando atención médica.

La única vez que esto puede no ser verdad es cuando usted tiene un esposo, esposa o hijo adulto incapacitado que continúa viviendo en su hogar mientras usted está en el centro de cuidados a largo plazo. Si esto ocurre, entonces usted puede ser capaz de seguir manteniendo el dinero.

Como parte del proceso de colocarle en un centro de cuidados a largo plazo, Hope PACE notificará al departamento de elegibilidad de Medicaid para determinar, si algo, usted tendrá que pagar a Hope PACE. Si usted no paga la cantidad de dinero que Medicaid determina que usted le debe a Hope PACE, ello pudiera afectar su elegibilidad a Medicaid y ser dado de baja de Hope PACE. Estas reglas están en vigor para todo el que recibe asistencia de Medicaid y que es colocado en un centro de cuidados a largo plazo. Para continuar participando en Hope PACE, usted deberá cumplir las reglas.

9. Servicio de Emergencia y Cuidados de Urgencia

Hope PACE le brinda cuidados continuos, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días al año. Cuando usted se inscribe en Hope PACE recibirá una hoja de instrucciones que deberá mantener cerca del teléfono. Dicha hoja le explicará en detalle lo que para usted constituye una emergencia.

Si usted considera que su condición necesita atención inmediata, por favor llame al 911. Por favor notifique a Hope PACE tan pronto sea posible si utiliza los servicios de emergencia del 911.

Cuidados Necesarios de Urgencia son los servicios cubiertos que le brindamos cuando:

- a) Usted se encuentra ausente temporalmente del área de servicio de Hope PACE o en ciertas circunstancias, se proveen servicios al participante que está dentro del área de servicio pero cuando ni Hope PACE ni un proveedor bajo contrato de Hope PACE está disponible o accesible, y,
- b) Cuando dichos servicios son necesarios y se necesitan de inmediato como resultado de síntomas de una enfermedad no anticipada, lesión o condición en que la persona lega considera que hay razón de dar atención inmediata a dicha condición.

La aprobación para servicios de cuidados de urgencia se dará dentro de la hora después de que Hope PACE ha sido notificado. Si no hemos tomado acción dentro de esa hora, la aprobación es automática por falta de cumplimiento.

Si usted considera que necesita servicios de salud rápidos, pero no de emergencia, Hope PACE se hará cargo de hacer esos arreglos que se necesitan con urgencia.

Si usted llama después de horas normales de trabajo (8:00 a.m. a 5:00 p.m.) el Servicio de Llamadas Hope Pace inmediatamente llamará a uno de sus médicos que le indicará que hacer y le ayudará a recibir los cuidados que necesita. Hay un médico disponible 24 horas diarias.

El Médico de Guardia Hope PACE: (239) 985-6400, gratis al (866) 659-7223, o duro de oído (800) 995-8771

Si necesita que le lleven al hospital, el médico llamará al servicio de ambulancia más cercano para que envíe una ambulancia.

Condición Médica de Emergencia significa una condición que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente intensidad (incluyendo dolores agudos) de modo que la persona lega, con conocimiento promedio de salud y medicina, pudiera esperar que la ausencia de atención médica inmediata tuviera los siguientes resultados:

- Riesgos serios a su salud;
- Daños serios funciones del cuerpo; o
- Disfunción seria a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ejemplos de emergencias incluyen problemas de respiración, dolores de pecho, o sangramiento que es difícil de contener. Debido a la emergencia, usted pudiera necesitar cuidados del lugar más rápido y más cercano posible. Esto pudiera incluir fuentes que no son Hope PACE o sus proveedores bajo contrato. Usted no tendrá que pagar por servicios que necesita para tratar las emergencias aún cuando los servicios se ofrecen fuera del área de servicio y/o por otras fuentes ajenas a Hope PACE o sus proveedores bajo contrato.

Usted sabrá si su problema exige cuidados de emergencia si se hace las siguientes preguntas:

- ¿Necesito ayuda inmediata debido a una lesión o enfermedad repentina?
- ¿Corro el riesgo de una lesión permanente a mi salud si demoro yendo al personal de Hope PACE? ¿Me moriría como resultado?

Si usted considera que su problema es de vida o muerte, y necesita ayuda de inmediato, por favor llame al 911.

Por favor conteste todas las preguntas con el mayor cuidado posible. Haga exactamente lo que el operador le dice. Si el asunto es de emergencia, lo llevarán al Salón de Emergencias del hospital más cercano. **De nuevo, notifique a Hope PACE tan pronto sea posible si ha llamado al 911 para recibir servicios.**

Si se encuentra lejos de su hogar y fuera del área de servicio, Hope PACE cubrirá su emergencia o cuidados de urgencia. Si usted recibió atención médica de emergencia mientras se encontraba fuera del área por corto tiempo, deberá informar a Hope PACE tan pronto sea posible. Deberá darle información acerca de la emergencia y cuidados recibidos.

Si usted se encuentra en el hospital o aún recibe cuidados, nos reservamos el derecho de trasladarlo a otro hospital dentro de la red siempre y cuando no corra peligro su salud. También cambiaremos su médico por un médico de Hope PACE.

Si está en un hospital mientras está lejos de la ciudad/pueblo, tendrá que informar a Hope PACE dentro del primer (1) día completo, o veinticuatro (24) horas, o tan pronto mejore su condición médica y pueda avisarnos.

Si usted ha pagado por servicios médicos recibidos de emergencia o urgencia al no poder recibir atención por un proveedor de Hope PACE, deberá pedir un recibo del hospital o médico que le trató. Dicho recibo deberá mostrar:

- El nombre del médico
- Su problema de salud
- El tratamiento recibido
- La fecha del tratamiento y cuando se pudo ir, y
- La cantidad que pagó por el servicio

Será reembolsado por estos cuidados si envía el recibo a:
Hope PACE, Attention: Center Manager
2668 Winkler Avenue
Fort Myers, FL 33901

No obstante, si recibe cuidados médicos fuera de los Estados Unidos, Hope PACE no pagará por los mismos.

10. Lesiones por Accidentes

Si usted se lesiona por actos de otros, como verse involucrado en un accidente automovilístico, y se lesiona de modo que necesita cuidados médicos adicionales, Hope PACE le dará ese cuidado adicional.

Sin embargo, si usted cobra dinero de la parte que lo lesionó, o si alguien paga a nombre de dicha persona, tal como una compañía de seguros, Hope PACE tiene derecho a dicho dinero hasta la cantidad por gastos incurridos por cuidado médico adicional que necesitó debido a su lesión. Estas son las mismas reglas y regulaciones que aplican a su servicio acostumbrado de Medicare y/o Medicaid si es elegible.

Recuerde, usted deberá notificar a Hope PACE si está involucrado en un accidente.

11. Derechos de los Participantes

Cuando usted se inscribe en el programa Hope PACE, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Hope PACE le deberá explicar sus derechos a usted o a quien actúe en su nombre, de modo que usted los pueda entender cuando se inscribe.

1. Tiene el derecho de que le traten con dignidad y respeto en todo momento, de mantener su cuidado de forma privada, y de recibir cuidados compasivos y considerados. También tiene derecho a:
 - Recibir sus cuidados de salud en un ambiente sano y limpio.
 - Estar libre de abuso. Esto incluye abuso físico o mental, abandono, castigo físico, que lo pongan en solitaria en contra de su voluntad, y cualquier restricción física o química utilizada para disciplinarle, o para conveniencia del personal y que usted no necesita, para tratar sus síntomas médicos.
 - Que le alienten a usar sus derechos en el programa Hope PACE.
 - Recibir ayuda, si fuere necesario, para usar el programa de procesos de agravios y apelaciones de Medicare y Medicaid, y otros derechos cívicos y legales.
 - Que le alienten y ayuden a hablar al personal de Hope PACE acerca de cambios en la política y servicios que usted considera se deben hacer.
 - Usar el teléfono mientras se encuentra en el Hope Care Center para tener conversaciones privadas en llamadas locales.
 - No tener que hacer trabajos o desempeñar servicios para el programa Hope PACE.

2. Tiene derecho a que le protejan en contra de la discriminación. La discriminación está en contra de la ley. Cada compañía o agencia que trabaja con Medicare o Medicaid deberá cumplir la ley. No podrán discriminar en su contra por su: raza/origen étnico, religión, edad, sexo, orientación sexual, capacidad mental o física, o fuente de pago por su cuidado de salud (por ejemplo, Medicare o Medicaid).

3. Tiene derecho a recibir información correcta, fácil de entender y a que alguien le ayude a tomar decisiones bien fundadas acerca de su salud. Específicamente, tiene derecho a:
 - Que alguien le ayude si tiene barreras de idioma o comunicación para que pueda entender toda la información que recibe.
 - Que Hope PACE interprete la información al idioma que prefiera de forma culturalmente competente, si su lengua natal no es inglés y no puede hablar inglés lo suficientemente bien como para entender la información que recibe.

- Recibir materiales de mercadeo y Derechos de Participantes en inglés y en cualquier otro idioma utilizado con frecuencia en su comunidad. También puede recibir dichos materiales en Braille, si fuere necesario.
 - Recibir copia por escrito de sus derechos de Hope PACE. Hope PACE deberá también fijar dichos derechos en un lugar público del Hope Care Center donde resulte fácil verlos.
 - Estar bien informado, por escrito, de los servicios que ofrece Hope PACE. Ello incluye dejarle saber los servicios ofrecidos por los contratistas en lugar del personal de Hope PACE. Deberá recibir dicha información antes de inscribirse, en el momento de la inscripción y cuando haya un cambio en los servicios.
 - Ver los resultados de los más recientes repasos de agencias federales y estatales. También tiene el derecho de revisar como Hope PACE proyecta corregir cualquier problema detectado durante la inspección.
4. Usted tiene el derecho de escoger a un proveedor dentro de la red de Hope PACE para recibir cuidados de salud. Las mujeres tienen el derecho de recibir servicios de un especialista calificado en cuidados femeninos para servicios de cuidados femeninos de rutina o preventivos.
 5. Usted tiene el derecho de recibir servicios de emergencia cuando y donde los necesite sin la aprobación de Hope PACE. Una emergencia médica es cuando usted considera que su salud está en peligro grave – cuando cada segundo cuenta. Pudiera ser una lesión seria, una enfermedad repentina o una enfermedad que se agrava rápidamente. Puede recibir cuidados de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.
 6. Usted tiene el derecho de participar plenamente en todas las decisiones relacionadas a sus cuidados de salud. Si no puede participar en las decisiones de su tratamiento o desea que alguien de confianza le ayude, tiene el derecho de seleccionar a la persona que actúe en su nombre. Específicamente, tiene el derecho de:
 - Que se le expliquen todas las opciones de tratamientos en un idioma que entienda, que esté informado de la condición de su salud y como se encuentra, y a tomar decisiones acerca de sus cuidados de salud. Ello incluye el derecho de no recibir tratamientos o tomar medicamentos. Si escoge no recibir tratamiento, deberán decirle como esto afectará su salud.
 - Que Hope PACE le redacte una directiva anticipada. Dicha directiva es un documento por escrito que indica como usted desea que se tomen las decisiones médicas sino puede hablar por sí mismo. Se lo debe entregar a la persona que va a seguir sus instrucciones y a tomar decisiones sobre sus cuidados de salud en su nombre.
 - Participar en y llevar a cabo su plan de cuidados. Usted puede pedir una revisión de su plan de cuidados en cualquier momento, que le notifiquen

previamente, por escrito, de cualquier plan de transferirlo a otro centro de cuidados y la razón de la transferencia.

7. Tiene el derecho de hablar con sus proveedores de salud en privado y que la información sobre sus cuidados de salud se mantenga en privado de acuerdo a las leyes federales y estatales. También tiene el derecho de ver y recibir copia de su récord médico y pedir que se enmiende dicho récord. Su consentimiento por escrito se obtendrá antes de liberar cualquier información de sus récords y dicho consentimiento por escrito limitará el grado de la información y las personas autorizadas a recibirlo.
8. Usted tiene el derecho de quejarse respecto a los servicios que recibe o que necesita y no recibe, la calidad del cuidado, o cualquier otra inquietud o problema que tenga con Hope PACE. Usted tiene el derecho a un proceso justo y oportuno para resolver cualquier asunto con Hope PACE. Específicamente tiene el derecho de:
 - Recibir una explicación completa del proceso de agravio.
 - Ser alentado y ayudado a explicar libremente sus quejas al personal de Hope PACE y representantes externos de su elección. No deberá ser perjudicado de modo alguno por dar quejas. Esto incluye ser castigado, amenazado o discriminado.
 - Apelar cualquier decisión de tratamiento por el personal o contratistas de Hope PACE.
9. Si, por alguna razón, usted no considera que Hope PACE es lo que usted desea, tiene derecho a dejar el programa en cualquier momento. Hope PACE le ayudará, si fuere necesario, a ponerse en contacto con la oficina local de Medicaid antes de dejar el programa para ver si sus beneficios de Medicaid cambiarán.
10. Tiene el derecho de informar acerca de cualquier violación de sus derechos o si considera que han discriminado en su contra. Puede informarlo:
 - poniéndose en contacto con un miembro del personal de Hope PACE para que le ayude a resolver su problema
 - llamando a la Oficina de Derechos Civiles al (866) 627-7748
 - llamando al (800) MEDICARE o al (800) 633-4227
 - llamando al Administrador de Proyectos PACE del Departamento de Asuntos de Ancianos de la Florida al (850) 414-2000

12. Responsabilidades del Participante y del Cuidador

Los servicios de Hope PACE dependen del involucramiento de usted, el participante, y de su familia. Su Equipo Interdisciplinario de Cuidados trabajará con usted para cerciorarse de que sus necesidades de cuidados de salud se cumplan lo mejor posible. Para llevar eso a cabo, los participantes y cuidadores tienen las siguientes responsabilidades:

1. Estar involucrados con los planes de cuidado.
2. Cooperar con el plan de cuidados desarrollado especialmente para usted.
3. Usar solamente proveedores autorizados por Hope PACE.
4. Tomar los medicamentos indicados por los médicos de Hope PACE.
5. Si tiene una emergencia, seguir el plan de emergencia específico creado por Hope PACE para usted.
6. Utilizar el plan elegido por Hope PACE para todos los cuidados de hospital que no sean de emergencia
7. Si se encuentra lejos del hogar y se presenta una emergencia, que notifique a Hope PACE dentro de las próximas 24 horas o tan pronto sea posible.
8. Si desea darse de baja de Hope PACE deberá dar notificación por escrito o verbal si desea irse del programa.
9. Deberá pagar las cuotas mensuales a tiempo.
10. Notificar a Hope PACE si resulta lesionado por actos de otros, tales como verse involucrado en un accidente automovilístico.
11. Dejar saber a Hope PACE tan pronto pueda, si no está satisfecho con los cuidados o servicios.
12. Comportarse y conducirse de manera que no sea un peligro para sí, otros participantes o el personal de Hope PACE.
13. Notificar a Hope PACE si se muda o se ausenta de su área de servicios por largo tiempo.

Aviso: Si los participantes y/o sus cuidadores no cumplen con los “Derechos y Responsabilidades del Participante y del Cuidador” se llevará a cabo una revisión por el Administrador del Centro y/o Equipo Interdisciplinario y pudiera ser causa de baja.

13. Apoyo y Defensa del Consumidor

Consejo de Participantes

En Hope PACE, los participantes se reúnen regularmente con un representante del personal para brindar sugerencias acerca de lo que les gusta sobre Hope PACE y lo que consideren se pueda mejorar. Los participantes tienen derecho a hacer sugerencias al personal acerca de sus cuidados, el Hope Care Center y el programa y se les alienta a que lo hagan en cualquier momento.

Consejo de Asesoramiento al Consumidor

Representantes de la familia, los cuidadores y los participantes son seleccionados por un comité de nombramientos y son llevados ante la Junta de Directores de Hope Healthcare para su aprobación. Un inserto que enumera la información de los representantes se le dará durante la conferencia de familia al inscribirse. Una lista de representantes de la familia/cuidadores también aparecerá en cada boletín junto con instrucciones de cómo enviarles correspondencia.

Todos los consumidores, participantes y sus familias y cuidadores saben lo que hace que Hope PACE sea el mejor posible. Ustedes nos dan el mayor apoyo y nosotros dependemos de la información que nos da para mantenernos por buen camino.

En las reuniones trimestrales, el Consejo discute temas como los derechos y responsabilidades de los participantes, la calidad del cuidado, cambios en las regulaciones, comunicación con los consumidores, política de los programas, y estructura de los programas. Las recomendaciones del Consejo se presentan al Director del programa Hope PACE y a la Junta de Directores de Hope Healthcare. Dichas recomendaciones nos ayudan a servirle mejor y mantenerle complacido.

Proceso de Agravios de Participantes

Deseamos cerciorarnos de que todos los participantes de Hope PACE se sientan complacidos con el cuidado que reciben. Por favor, díganos inmediatamente si hay algún problema o inquietud acerca del cuidado o si considera que no recibe los servicios que necesita.

Un agravio está considerado como cualquier expresión de insatisfacción, así sea escrita u oral, expresada por el participante, un miembro de la familia del participante o el representante legal del participante respecto a como se brindan los servicios o la calidad del cuidado brindado por Hope PACE, así sea o no de naturaleza médica o no médica.

Usted tiene derecho a presentar un agravio acerca de cualquier asunto. A continuación, unos ejemplos:

- La calidad de los servicios que recibe en el hogar, en el Hope Care Center o en cualquier lugar donde esté internado (hospital, hogar de ancianos, etc.)

- Errores que considera se han cometido
- Comportamiento de cualquiera de sus proveedores de cuidados o personal del programa
- Satisfacción de los centros
- Calidad de la comida
- Servicios de transporte

Podrá radicar un agravio con cualquier miembro del personal, así sea verbal o por escrito, en cualquier momento. Podrá radicar un agravio dentro del año de la fecha del evento que inició el agravio. La correspondencia escrita podrá ser sometido a la atención de su PACE Center Manager en persona o por correo a la dirección del centro la que asistes.

3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47
Port Charlotte, FL 33952

13020 Livingston Road
Naples, Florida 34109

2668 Winkler Avenue,
Fort Myers, Florida 33901

1201 Wings Way
Lehigh Acres, Florida 33936

1333 Santa Barbara Blvd, Bldg A
Cape Coral, FL 33991

También puede ponerse en contacto con Hope PACE por teléfono llamando al (239) 985-6400, gratis al (866) 659-7223, o duro de oído (800) 995-8771.

Si radica un agravio, continuará recibiendo los mismos servicios que recibía antes del agravio o de acuerdo a su plan de cuidados. Los empleados de Hope PACE no hablarán de su agravio con otros participantes o con cualquier otro involucrado en la investigación de dicho agravio.

Una vez usted o un miembro de su familia haya radicado un agravio, Hope PACE acusará por escrito el recibo del agravio y le dará los pasos específicos a tomar, incluyendo el tiempo necesario para resolver dicho agravio.

Es responsabilidad del Administrador del Centro investigar y buscar una resolución al agravio tan pronto sea posible no más tarde de 30 días hábiles a partir de la fecha en que Hope PACE recibe el agravio. El agravio y la resolución del agravio será discutido por el Equipo Interdisciplinario de Cuidados y la decisión final se enviará a usted por escrito.

Si usted no está satisfecho con la decisión hecha por Hope PACE respecto a su caso, usted también tiene el derecho a pedir una revisión o reconsideración de dicha decisión. Si usted tiene Medicaid como seguro primario, tiene el derecho a pedir una audiencia con el Departamento de Niños y Familias, (DCF) en el momento que usted decida. Hope PACE, puede ayudarlo a concertar la cita con el Departamento de Niños y Familias o también puede usted comunicarse directamente con ellos llamando o escribiendo a:

Department of Children and Families
Office of Appeal Hearings
1317 Winewood Blvd.
Building 5, Room 255
Tallahassee, FL 32399-0700
(850) 488-1429

Si usted no tiene Medicaid, tiene usted el derecho a presentar su queja a través de la Agencia Administrativa del Cuidado de la Salud (Agency for the Health Care Administration) y del Panel Ejecutivo a nivel estatal. Usted puede reclamar la revisión de la decisión final de su caso por el Panel Ejecutivo dentro del término no mayor de un año después que usted recibió la carta con la decisión hecha por Hope PACE. Asimismo, Hope PACE puede ayudarlo a presentar la petición de revisión de su caso con el Panel Ejecutivo o puede usted llamar o escribir directamente a:

Agency for Health Care Administration
Bureau of Managed Health Care
Building 1, Room 339
Tallahassee, FL 32308
(850) 921-5458

Si pide a Hope PACE que reconsidere su decisión, se harán todos los esfuerzos posibles para que el Director del Programa Hope PACE reconsidere su agravio en un período de 30 días. El Director del Programa utilizará los recursos del programa, por ejemplo, el Equipo Interdisciplinario, la Junta Médica Asesora, el Comité de Ética, para tomar su decisión. Será informado por escrito sobre la decisión de Hope PACE.

Resumen del Proceso de Apelaciones

Si Hope PACE niega su pedido de un servicio, el pago de un servicio, o si, contrario a su voluntad, le dan de baja del programa Hope PACE, tiene el derecho de presentar una apelación. Le darán información por escrito de cómo radicar una apelación cuando se inscribe, al menos una vez al año en lo adelante, y cada vez que se le niega una petición por servicios o pago. Usted o su familia o su cuidador podrán pedir información sobre nuestro proceso de apelaciones en cualquier momento.

Si usted radica una apelación, continuará recibiendo los servicios de cuidados de salud igual que antes de radicar dicha apelación. No obstante, si la apelación no le favorece, entonces usted será responsable por el pago de los servicios en cuestión. Los empleados Hope PACE no discutirán su apelación con nadie que no esté involucrado en su apelación.

Si Hope Pace le niega un servicio que usted pidió o pago por un servicio recibido, podrá radicar una apelación verbal o por escrito. Usted o su familia o su cuidador podrá radicar una apelación llamando al Hope PACE Center entre las horas 8:00 a.m.-5:00 p.m., indicando su deseo de radicar una apelación en persona en el Hope PACE Center, o enviando una carta a Hope PACE a la siguiente dirección:

Hope PACE

Attn: Program Director

2668 Winkler Avenue

Fort Myers, FL 33901

(239) 985-6400, gratis al (866) 659-7223, o duro de oído (800) 995-8771

La apelación de su caso será evaluada por un tercer oficial apropiadamente acreditado e imparcial que no estuvo relacionado de ninguna manera con la decisión original ni tampoco tiene que ver con ninguna de las dos partes en cuestión en este caso. Usted o su familia o su cuidador podrán presentar o proponer datos relevantes y/o evidencia a revisar, en persona o por escrito a nosotros, para considerar durante el proceso de apelación.

Tomaremos una decisión sobre su apelación tan pronto su condición de salud lo exija pero no más tarde de 30 días calendario una vez se reciba su solicitud de apelación.

Si usted considera que su vida, salud o capacidad para recobrar sus funciones máximas corren peligro si no se provee el servicio en disputa, podrá pedir una apelación expedita. El Director del Programa Hope PACE y un tercero objetivo revisarán su caso de inmediato y le contestarán dentro de 72 horas. Si no podemos mostrarle que necesitamos más tiempo para revisar su caso y su salud no corre peligro pudiéramos necesitar hasta 14 días para revisar su apelación expedita.

Decisión sobre su Apelación

Así sea una apelación estándar o una apelación expedita, si la decisión es favorable para usted, le notificaremos y haremos los arreglos para que reciba el servicio o pago en cuestión tan pronto lo exija su condición de salud.

Apelaciones Externas

Si la apelación no se decide a su favor por un servicio o pago por servicio, tiene otros derechos de apelación, llamados derechos de apelación externa. Su petición de radicar una apelación externa puede ser verbal o escrita. El próximo nivel de apelación involucra una revisión nueva e imparcial de su caso a través de los programas Medicare o Medicaid. El programa Medicare hace contrato con una organización de revisión independiente que provee una revisión externa de la apelación que involucra a las organizaciones PACE. Esta organización de revisión es completamente independiente de Hope PACE.

El programa Medicaid lleva a cabo su próximo nivel de apelación mediante el proceso de vista imparcial del estado. Hasta que usted no recibe la decisión final, usted puede elegir continuar recibiendo dichos servicios; no obstante, pudiera tener que pagar por dichos servicios si la decisión no es favorable.

Si está inscrito en tanto Medicare como Medicaid, podrá elegir cual proceso de apelación que quiera seguir. Si no está segura de cual programa aplica, pregúntenos. Deberá elegir Medicare o Medicaid. La Apelación Externa se deberá hacer a uno o al otro, (Medicare o Medicaid), pero no a ambos. Hope PACE le puede ayudar a elegir la apelación externa a seguir.

Si usted está inscrito en ambos, Medicare y Medicaid, o solamente Medicare, podrá elegir apelar mediante el proceso de apelación externa de Medicare. Enviaremos su apelación a un panel de revisión por separado, al que Medicare a nombrado como la agencia para revisión de apelaciones externas.

Esta agencia nombrada por Medicare para apelaciones externas, mantendrá nuestra decisión original o cambiará nuestra decisión y fallará a favor suyo. Usted recibirá la decisión dentro de treinta (30) días después de haber pedido la apelación.

Si la decisión de la agencia nombrada por Medicare es a favor suyo, será preciso que le demos el servicio tan pronto lo permita su condición de salud

O

Si ha pedido pago por un servicio que ya ha recibido, pagaremos por dicho servicio.

Si la decisión de la agencia nombrada por Medicare NO es a favor suyo, existen otros niveles de apelación, y le ayudaremos a continuar con su apelación, si así lo desea.

If the Medicare designated agency's decision is NOT in your favor, there are further levels of appeals, and we will assist you in pursuing your appeal further if you chose to do so.

Para repasos de Medicaid, la apelación se deberá enviar dentro de los primeros 30 días a:

Department of Children and Families
Office of Appeals Hearings
1317 Winewood Blvd.
Building 5, Room 255
Tallahassee, FL 32399-0700

Teléfono: (850) 488-1429

El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families -DCF por sus siglas en ingles) responderá mediante notificación escrita informándole el resultado de su apelación. Si la decisión del DCF es a favor suyo, Hope PACE le proveerá o pagará por el servicio en cuestión tan pronto lo exija su salud, pero no más de 30 días después de la decisión.

14. Terminación de Beneficios

Sus beneficios de Hope PACE se pueden terminar si usted elije darse de baja de su inscripción en el programa. Si usted decide renunciar a dichos beneficios, lo ha hecho “voluntariamente” o por su cuenta. Si ya no satisface las condiciones de la inscripción, renunciará a dichos beneficios “involuntariamente.”

Deberá continuar usando los servicios de Hope PACE y pagando las cuotas mensuales, si las hubiere, hasta tanto su participación termine. Se necesitan al menos treinta (30) días de notificación escrita para regresar al programa de Medicare y/o Medicaid. Si usted se encuentra en el hospital el día en que planea darse de baja, sus beneficios Hope PACE continuarán hasta el próximo período de baja.

AVISO: no podrá darse de baja de Hope PACE en una oficina del Seguro Social. Deberá decir a Hope PACE que desea darse de baja del programa.

Darse de Baja Voluntariamente de Hope PACE

Si usted desea cancelar sus beneficios dándose de baja de Hope PACE, deberá hablar al respecto con un miembro del Equipo en el Hope Care Center. Puede darse de baja por cualquier razón en cualquier momento. No obstante, por favor déjenos saber verbalmente o por escrito. Si nos dice verbalmente que desea darse de baja, deberá firmar un documento de baja. Hope PACE le dará de baja tan pronto sea posible, pero necesitamos tiempo para coordinar sus cuidados de salud fuera de Hope PACE con proveedores de la comunidad para que sus necesidades de salud se cumplan.

Darse de Baja Involuntariamente de Hope PACE

Hope PACE podrá parar sus beneficios mediante una notificación por escrito con treinta días de anticipo si:

- Usted se muda fuera del área de servicio de Hope PACE durante más de treinta (30) días a no ser por circunstancias fuera de su control y nos ha notificado por escrito; o
- Usted y/o su familia/cuidador consistentemente no sigue las instrucciones de su plan de cuidados y/o los términos de su acuerdo de inscripción con lo cual pone en riesgo su salud y seguridad; o
- Su comportamiento pone en riesgo la salud y seguridad de otros; o
- Usted no paga o no ha hecho arreglos para pagar el dinero que debe a Hope PACE después del período de gracia de treinta (30) días; o
- Ya no satisface las necesidades de cuidado a nivel de asilo de ancianos o elegibilidad de cuidados; o
- Hope PACE pierde el contrato con Medicare y/o Medicaid y/o licencias que hacen posible prestar servicios de cuidados de salud.

La fecha efectiva de todos los derechos a beneficios cesará la medianoche del último día del mes siguiente en que termina el período de treinta (30) días de la notificación.

Deberá usar los servicios de Hope PACE hasta que sea oficial su baja.

Así sea su baja voluntaria o involuntaria, Hope PACE hará lo mejor posible para que usted reciba cuidados por servicios en otros programas de Medicare y Medicaid para los cuales es elegible. Trabajaremos con agencias Medicare y Medicaid para hacer que sus récords médicos estén disponibles a sus nuevos proveedores de cuidados a tiempo.

Si usted tenía cobertura de salud adicional a través de una póliza Medigap, pudiera ser elegible para solicitar de nuevo esa póliza cuando se da de baja de Hope PACE. Le ayudaremos con el proceso.

Usted tiene derecho a recibir una vista imparcial en cualquier momento en que se le nieguen, rebajen o terminen los servicios. Hope PACE no puede quitarle sus beneficios hasta que el Estado tome una decisión.

15. Disposiciones para Reinscribirse

Si usted elige darse de baja de Hope PACE (voluntariamente), podrá volver a inscribirse si hace una solicitud; no obstante, tendrá que cumplir con los requisitos de elegibilidad. Si se da de baja involuntariamente porque no pagó su cuota mensual, podrá reinscribirse simplemente pagando la cuota. Sin embargo, deberá hacer el pago antes de fines del último mes en que pueda recibir cualquier servicio de Hope PACE o de nuevo tendrá que comenzar el proceso de solicitud. Si usted paga su cuota a tiempo, su cobertura comenzará el primer día del próximo mes.

16. Declaración de Confidencialidad

En Hope PACE respetaremos su privacidad respecto a su información de salud y protegeremos la información que le identifica, al igual que su condición médica. Cualquier proveedor bajo contrato que le atienda, también deberá proteger y respetar su privacidad respecto a su información de salud como parte de su acuerdo con nosotros.

Sus récords médicos se entregarán solamente a las personas autorizadas a recibirlos. Esto incluye órdenes de cualquier tribunal y cualquier ley federal o estatal.

Debido a que Hope PACE reconoce sus derechos de privacidad, le pedimos que usted y sus cuidadores sean sensibles a los derechos de privacidad de otros participantes y cuidadores.

17. Definiciones

Hope PACE - significa el Programa que Incluye Todo Cuidado para los Ancianos que opera en los condados Charlotte, Collier y Lee. Es un programa certificado bajo Medicare y Medicaid para prestar cuidados y cuidados relacionados a la salud de personas de la tercera edad que viven dentro del área de servicio. Este cuidado es en base prepagada y se ofrece a las personas que son elegibles para recibir cuidados en asilos de ancianos. Las palabras “nosotros” y “nuestros” también significan Hope PACE.

Médico de Hope PACE - significa el médico que trabaja para Hope PACE o que ha firmado un acuerdo con Hope PACE para proveer servicios de cuidados médicos.

Beneficios y Cobertura - significa los servicios de salud y los relacionados a la salud que le brindamos una vez haya firmado el Acuerdo de Inscripción. Deberá firmar este acuerdo para participar en Hope PACE. Dichos servicios toman el lugar de los cuidados y medicinas que usted suele recibir a través de Medicare y/o Medicaid. Esto se hace mediante un acuerdo especial entre Hope PACE, Medicare (Centers for Medicare and Medicaid Services) y Medicaid (Florida Agency for Health Care Administration). Hope PACE le brinda los mismos beneficios que recibiría bajo Medicare/Medicaid. Para recibir cualquier beneficio de Hope PACE, deberá reunir ciertas condiciones enumeradas en el Acuerdo de Inscripción del Participante.

Elegible para Cuidados en un Hogar de Ancianos - significa que la condición de su salud, comprobada por su Equipo Interdisciplinario de Salud de Hope PACE, cumple con los requisitos de las reglas para hogares de ancianos del Estado de la Florida.

Hoja de Firmas del Acuerdo de Inscripción - es la planilla que deberá firmar antes de participar en Hope PACE. Una vez haya firmado este acuerdo, recibirá servicios de Hope PACE hasta que voluntaria o involuntariamente se dé de baja de la inscripción y participación.

Condición de Emergencia Médica - es una condición médica que se manifiesta en condiciones agudas lo suficientemente severas (incluyendo dolores fuertes) en las que un lego prudente, con conocimiento promedio de salud y medicina, pudiera considerar que la ausencia de tratamiento médico tendría como resultado los siguientes: (1) poner en grave riesgo su salud, (2) graves impedimentos a sus funciones corporales, o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Ejemplos de una emergencia incluyen problemas con la respiración, dolores de pecho o sangramiento que no puede contener.

Servicios de Salud - significa servicios como atención médica, exámenes de diagnóstico, equipo médico, aparatos, medicinas, prótesis y aparatos de ortesis, asesoramiento nutricional, servicios de enfermeros, servicios sociales, terapias, dentistería, optometría y audiología. Los servicios de salud se pueden brindar en el Hope PACE Center o en el hogar. También se pueden prestar dichos servicios en las oficinas de personas con entrenamiento especial o en hospitales o en asilos de ancianos que tienen arreglos con Hope PACE para proveer servicios de cuidados de salud a los participantes de Hope PACE.

Servicios Relacionados a la Salud - significa los servicios que ayudan a Hope PACE a brindar servicios de salud a usted y que le ayudan a mantener su independencia. Dichos servicios incluyen atención personal, asistentes amas de casa/quehaceres, terapia de recreo, acompañante, transporte, comidas entregadas en el hogar, administración de finanzas y ayuda con asuntos de vivienda.

Servicios en Hospitales - significa los servicios que suelen brindarse en hospitales generales médico-quirúrgicos.

Cuota Mensual - significa la cantidad que usted deberá pagar si se le exige, cada día primero (1ro) de mes a Hope PACE para poder recibir los beneficios de participante inscrito.

Asilo de Ancianos - significa un centro de salud con licencia para Asilo de Ancianos del Estado de la Florida.

Participante - significa cualquier persona elegible que ha firmado el Acuerdo de Inscripción para recibir servicios de cuidados de salud de Hope PACE. Las palabras “usted”, “su” y “suyo” también significan participante.

Equipo de Cuidados - significa el equipo interdisciplinario de cuidados de Hope PACE compuesto por un médico, un trabajador social, un enfermero, un farmacéutico, un coordinador de cuidados en el hogar, un terapeuta físico, un terapeuta de recreo, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla, un coordinador de transporte y un dietista. Los mismos se harán cargo de su condición médica, funcional y psicosocial, y desarrollarán un plan de tratamiento para darle el cuidado que necesita. Muchos de los servicios son prestados y supervisados por este equipo. Todos los servicios deberá aprobarlos un miembro del Equipo Interdisciplinario de Cuidados. De vez en cuando, su Equipo se reúne para hablar acerca de sus necesidades, decidir si sus necesidades han cambiado y para cambiar su plan de tratamiento para satisfacer dichas necesidades.

Acuerdo de Inscripción - significa el manual con información acerca de Hope PACE, quien es elegible para participar, como inscribirse y como darse de baja, los cuidados que recibirá, sus derechos, y todas las otras reglas y requisitos de Hope PACE.

Área de Servicio - los condados Charlotte, Collier y Lee.

Lugar de Servicio - significa cualquier lugar en los condados Charlotte, Collier o Lee donde un participante recibe servicios de salud o relacionados a su salud, los que se encuentran enumerados en el Acuerdo de Inscripción del participante.

Servicios de Cuidados de Urgencia - son los servicios cubiertos que se ofrecen al participante que está temporalmente ausente del área de servicio Hope PACE o, bajo algunas circunstancias, se ofrecen al participante que se encuentra en el área de servicio pero que ni Hope PACE ni un proveedor bajo contrato de Hope PACE se encuentra disponible o accesible. Y, cuando dichos servicios son necesarios y se necesitan de inmediato como resultado de síntomas de una enfermedad, lesión o condición en la que un lego pueda razonablemente considerar que necesita atención inmediata.



Teléfono 239.985.6400
Llamadas Gratis 866.659.7223
Duro de Oído 800.995.8771
www.HopePACE.org