Acuerdo de inscripción de Hope PACE®

Su guía de servicios

Hope PACE®

A Chapters Health® Affiliate

Hope PACE®

A Chapters Health® Affiliate

Acuerdo de inscripción

Revisado en Noviembre de 2024

Llame a Hope PACE al (239) 985-6400,
Línea gratuita (866) 659-7223 o
Personas con discapacidad auditiva (800) 995-8771

Tabla de Contenidos

1. Introducción 2
2. Nuestra misión 2
3. Descripción del programa 3
4. Elegibilidad 3
5. Características especiales 4
6. Acceso a los servicios 5
7. Directivas Anticipadas y Poder Notarial 9
8. Beneficios y cobertura 10
A. Fechas de entrada en vigor de la inscripción 10
B. Hoja de firma del acuerdo de inscripción 11
C. Descripción General de Beneficios y Cobertura 13
D. El Centro PACE de la Esperanza 16
E. El equipo de Hope PACE 17
F. Proveedores contratados 18
G. Financiamiento: Información de Pago Mensual 19
H. Financiamiento: Exclusiones y Limitaciones 20
I. Centros de atención a largo plazo 21
9. Atención de emergencia y urgencia 22
10. Lesiones Accidentales 24
11. Derechos de los participantes 25
12. Responsabilidades del participante y del cuidador 29
13. Apoyo y defensa del consumidor 30
14. Terminación de Beneficios 35
15. Disposiciones de renovación. 37
16. Declaración de confidencialidad 37
17. Definiciones 38

1. Introducción

"¿Quién hubiera pensado que habría otra opción cuando llegó el momento de recibir más ayuda médica... más cuidados de enfermería... más ayuda con la vida diaria".

Bienvenido a Hope PACE,® un programa de atención integral para personas mayores (PACE) patrocinado por Hope Hospice y Servicios Comunitarios. Nos alegra que haya elegido Hope PACE para su atención médica.

Este Acuerdo de Inscripción le ayudará a entender:

- Hope PACE, el programa de PACE que atiende a los condados de Charlotte, Collier y Lee
- ¿Qué tipo de atención puede brindarle Hope PACE?
- El Acuerdo de Inscripción que usted firma

Hope PACE se compromete a ayudarlo a estar lo más saludable posible durante el mayor tiempo posible. Hope PACE es un programa voluntario, y usted puede cancelar su inscripción en cualquier momento. Queremos ayudarlo a permanecer en su propio hogar y comunidad con su familia. Haremos todo lo posible para ayudarlo a fortalecerse para que pueda continuar haciendo las cosas que disfruta. Nos centraremos en lo que puede hacer, en lugar de en lo que no puede hacer.

Si tiene alguna pregunta después de haber leído este acuerdo de inscripción, llame a nuestra oficina de admisión e inscripción: (239) 985-6400, línea gratuita (866) 659-7223 o personas con discapacidad auditiva
(800) 995-8771.

Los participantes son admitidos a este programa y se les prestan servicios sin distinción por motivos de raza, color, nacionalidad, condición de discapacidad, condición de veterano, orientación sexual o edad*.
* Nota: No se aplica al requisito de elegibilidad de inscripción de 55 años o más.

2. Nuestra misión

Proporcionar atención holística a largo plazo centrada en el cliente a las personas mayores frágiles, al tiempo que se apoyan sus deseos básicos de dignidad, autonomía y capacidad de mantener cierto grado de independencia y de apoyar las decisiones al final de la vida en un entorno afectuoso y de apoyo.

3. Descripción del programa

Hope PACE, un programa de Hope Hospice and Community Services, es un Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE). PACE se basa en el exitoso modelo de atención a largo plazo de San Francisco conocido como On Lok. Este programa fue desarrollado como un plan de salud especial para personas de la tercera edad. A menudo, las personas mayores tienen problemas médicos que duran largos períodos de tiempo. Este plan de salud hace arreglos para que médicos, enfermeras u otras personas médicas especiales ayuden con estos problemas. También les da a los participantes de Hope PACE un lugar a donde ir donde se les puede brindar esta atención.

Hope PACE es diferente de cualquier otro tipo de programa de atención médica. Es un programa completo de atención médica que ofrece una forma más personal de obtener atención médica. Todos nosotros en Hope PACE queremos conocerte. Una vez que lo conozcamos, nuestro personal de Hope PACE trabajará con usted y su familia para brindarle el tipo de atención que necesita.

Queremos ayudarte a mantenerte lo más independiente posible. Ofrecemos un programa completo de atención médica y servicios relacionados con la salud, todos diseñados para que siga viviendo en su propio hogar y comunidad durante el mayor tiempo posible.

Hope PACE ofrece una variedad de servicios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días al año. Las personas que se especializan en el cuidado de la salud están atentas a los cambios en su afección, brindan tratamiento y lo alientan a hacer cosas por sí mismo. Los servicios médicos, de enfermería, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de nutrición, de trabajo social médico, incluidos los servicios que puede obtener en su hogar, se ofrecen a través de Hope PACE. Además, los servicios médicos especiales como la audición, la odontología, la visión, la psiquiatría y la terapia del habla también son una parte importante de la atención.

Si necesita atención en un hospital, recibirá esta atención a través de Hope PACE. Si necesita servicios en un hogar de ancianos, Hope PACE organizará la atención en un hogar de ancianos en la comunidad. Además, Hope PACE está interesada en las necesidades sociales, culturales y económicas de usted y su familia. Después de todo, esto está en el corazón de nuestra misión para usted.

4. Elegibilidad

Para ser elegible para inscribirse en Hope PACE, debe:

- Tener al menos 55 años de edad
- Ser residente de los condados de Charlotte, Lee o Collier

- Poder vivir en la comunidad sin poner en peligro su salud o seguridad.
- Ser clínicamente elegible para la colocación en un hogar de ancianos por el Departamento de Asuntos de Ancianos de Florida (DOEA)

5. Características especiales

Hay algunas cosas en nuestro programa que ningún otro programa de atención médica le dará.

- **Un equipo de atención interdisciplinario** : su atención se planifica con usted y su familia y es proporcionada por un equipo de atención interdisciplinario de personas especiales que trabajan para usted. Su equipo incluye, como mínimo, un médico de atención primaria, una enfermera registrada, un trabajador social, un dietista, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla, un coordinador de actividades, un gerente de Hope PACE, un coordinador de atención domiciliaria, un asistente de cuidado personal o su representante, y un conductor o su representante. Las habilidades especiales de cada miembro del equipo se utilizan para determinar todas sus necesidades de atención médica. El Equipo también puede recurrir a otros especialistas. Junto con usted, se crea un plan de atención médica para usted.
- **Autorización de atención** : conocerá muy bien a cada uno de los miembros de su equipo. Le ayudarán a ser lo más saludable e independiente posible. Sus opciones de atención médica deben ser aprobadas con anticipación por su equipo para que Hope PACE pague los servicios. Aproximadamente dos veces al año, su equipo hablará sobre sus necesidades. Hablarán con usted y su familia para ver si estas necesidades han cambiado. Se reunirán con más frecuencia con usted y su familia si sus necesidades de salud lo requieren, o si usted o su familia lo solicitan. Si su Equipo de Atención Interdisciplinaria considera necesario que usted reciba servicios adicionales de otros médicos o especialistas, entonces aprobarán estos servicios antes de que usted vea al proveedor externo. Si hace citas sin el conocimiento o consentimiento del Equipo, puede ser responsable del pago de esos servicios.
- **Hope PACE Center** - Obtendrá la mayoría de sus servicios de atención médica en nuestro Hope PACE Center, un centro de usos múltiples que le brinda atención médica, actividades, comidas nutritivas y la oportunidad de socializar y hacer nuevos amigos.
- **Médicos y otros miembros del equipo** : el médico de Your Hope PACE y los demás miembros del equipo que le brindarán atención.
- **Lugar y días apropiados para su atención** : Hope PACE se desarrolló para brindar atención donde sea necesaria. Esto significa que se proporcionará el número adecuado de días de hospitalización según sea necesario. Su equipo de atención interdisciplinario decidirá la mejor manera y el mejor lugar para atenderlo después de hablar con usted y su familia. El equipo también decidirá qué tipo de atención recibirá en su hogar que Hope PACE pagará.
- **Disposiciones de "bloqueo"** : esto significa que una vez que sea participante de Hope PACE, sus servicios de atención médica deben proporcionarse a través de Hope PACE. Estos servicios serán aprobados por los miembros de su Equipo de

Atención Interdisciplinaria.

- **Pago especial** : si es elegible para Medicare y/o Medicaid, Hope PACE reemplaza a los programas estándar de Medicare y/o Medicaid. El único pago realizado por Medicare y/o Medicaid por la atención que necesita será un pago cada mes a Hope PACE. Espero que PACE le brinde toda su atención. Recibirá todos los servicios que normalmente recibe a través de Medicare y Medicaid y es posible que reciba más servicios.
- **Consentimiento de la prima/Responsabilidad del participante**: si es elegible para Medicare y no para Medicaid, se le pedirá que pague lo que sea igual al pago que Hope PACE recibe de Medicaid cada mes más una prima por sus servicios de farmacia de la Parte D de Medicare.
- **Pérdida de elegibilidad para Medicaid** Es su responsabilidad mantener su elegibilidad para Medicaid; si pierde su elegibilidad mientras está inscrito en Hope PACE, será financieramente responsable del pago que Hope PACE reciba de Medicaid, más un pago adicional por sus servicios de farmacia de la Parte D.
- **Si se vuelve elegible para Medicare DESPUÉS de inscribirse en PACE,** debe obtener toda la cobertura de Medicare (Partes A y/o B y Parte D) de Hope PACE.

6. Acceso a los servicios

Hay cuatro (4) pasos para inscribirse en Hope PACE. Tan pronto como haya completado los cuatro pasos y se haya 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 generalmente comienza cuando usted o alguien de su familia, o incluso alguien de una agencia, llama a Hope PACE para hablar sobre sus necesidades. Esta llamada nos dice que usted podría ser elegible para ser un participante de Hope PACE. En este momento, programaremos una cita para reunirnos con usted cara a cara. Analizaremos sus necesidades médicas y decidiremos la mejor manera de cuidarlo y dónde debe recibir esa atención. Durante esta visita, aprenderá:

- ❑ Cuáles son los requisitos de elegibilidad para inscribirse en Hope PACE
- ❑ Qué contiene el Acuerdo de inscripción de Hope PACE
- ❑ Cómo funciona el programa Hope PACE, los tipos de servicios que ofrecemos y las respuestas a cualquier pregunta que pueda tener sobre nosotros
- ❑ Si se inscribe, debe estar de acuerdo en recibir toda su atención médica de Hope PACE
- ❑ Cuál será su costo mensual, si lo hubiera.

Después de esta visita, si está interesado en participar en Hope PACE, un miembro del

Equipo de Atención Interdisciplinaria discutirá sus necesidades de atención médica con otros miembros del Equipo y establecerá un horario de visitas para usted en el Centro Hope PACE. Por lo general, esto significa que usted irá al Centro por un día más o menos para que pueda conocernos, y nosotros podamos conocerlo a usted y saber cuáles son sus necesidades individuales de atención médica. También le pediremos que firme un documento que nos dará permiso para obtener todos sus registros médicos de los médicos que ha visto para que podamos obtener una imagen completa de su condición de salud.

2. Evaluación : después de que cada miembro del equipo haya leído sus registros médicos, el equipo de atención interdisciplinario se reunirá para hablar sobre el tipo de atención que necesita. En esta reunión, desarrollarán un plan de atención solo para usted y decidirán si el plan de atención que recomendamos puede ayudarlo a vivir de manera segura en la comunidad.

3. Inscripción (Conferencia Familiar y Aprobación Preliminar) - Un miembro del Equipo de Atención Interdisciplinaria se reunirá con usted para hablar sobre cómo inscribirse en Hope PACE. Es importante que traiga este acuerdo de inscripción a la conferencia. Si lo desea, puede invitar a su familia o a una persona cercana a usted para que esté con usted en esta reunión y podrá hablar sobre:

- El plan de atención que el Equipo de Atención Interdisciplinaria siente que usted necesita y cómo su familia será parte de él
- Sus costos mensuales, si los hubiera.
- La función "Lock-in": Cuando usted es un participante de Hope PACE, su equipo lo cuidará. Este equipo de atención interdisciplinario hará todo lo posible para mantenerlo lo más saludable y activo posible. Esto significa que una vez que sea participante de Hope PACE, sus servicios de atención médica se proporcionarán solo a través de Hope PACE. Estos servicios serán aprobados por los miembros de su Equipo de Atención Interdisciplinaria. Si usted es elegible para Medicare y/o Medicaid, Hope PACE toma el lugar de los programas estándar de Medicare y/o Medicaid. El único pago mensual que Medicare y/o Medicaid pagan es a Hope PACE. No pagarán a otros proveedores, porque es posible que solo esté inscrito en un programa de Medicare o Medicaid a la vez.
- Qué hacer si no está satisfecho con la atención que recibe en Hope PACE

Si decide participar en Hope PACE, le pediremos que firme la hoja de firmas del Acuerdo de Inscripción. Después de firmarlo, recibirá:

- ❑ **Tarjeta Hope PACE** : lo identifica como participante en el programa Hope PACE
- ❑ **Calcomanía de emergencia** : una calcomanía larga y de colores brillantes que debe colocarse en o cerca de su teléfono. Esto lo mantiene a mano cuando más lo necesita. La pegatina muestra los números que se deben marcar en caso de emergencia.
- ❑ **Calcomanía de Medicare** : una calcomanía más pequeña para colocar en el reverso de su tarjeta de Medicare. Su tarjeta de Medicare es la tarjeta pequeña que tiene escrito el Seguro Social en la parte superior y está en rojo, blanco y azul. Coloque la calcomanía en el reverso de la tarjeta y preséntela cada vez que reciba un servicio autorizado.
- ❑ **Plan de emergencia** : la hoja detallada que usted firma y que tiene instrucciones sobre qué hacer en caso de una emergencia.

- ❑ **Hoja de firma del acuerdo de inscripción** : su copia firmada, debe estar firmada antes de que pueda recibir los servicios de Hope PACE
- ❑ **Reconocimiento del plan de atención** : su copia firmada del plan, su equipo de atención interdisciplinario diseñó para usted
- ❑ **Información del Centro Hope PACE**, que incluye su horario de asistencia
- ❑ **Información del equipo de atención interdisciplinaria** : se insertará en su manual, se actualizará regularmente
- ❑ **Lista de proveedores por contrato de Hope** PACE: se insertará en su manual, se actualizará regularmente
- ❑ **Declaración de confidencialidad**
- ❑ **Formulario de consentimiento de vacunación**
- ❑ **Qué llevar al centro** y otra información útil
- ❑ **Formulario de autorización de fotos**
- ❑ **Formulario de Consentimiento de Prima/Responsabilidad del Paciente** : si se adeuda algún pago

4. Aprobación final : debido a que Hope PACE ha prometido atender solo a las personas que necesitan atención a largo plazo, la oficina local de CARES del Departamento de Asuntos de Ancianos de Florida debe estar de acuerdo en que su situación de salud hace necesario que reciba el tipo de atención que brindamos. La oficina local de CARES del Departamento de Asuntos de Ancianos de Florida revisará los registros escritos por Hope PACE para determinar si usted es elegible para nuestra atención. En el caso muy raro de que se decida que usted no califica para el tipo de atención que brinda Hope PACE, no podrá inscribirse.

Si eso sucediera, puede apelar esa decisión ante el Estado de Florida en esta dirección:

Departamento de Niños y Familias
Oficina de Audiencias de
Apelaciones, 1317 Winewood
Blvd.
Edificio 5, Sala 255
Tallahassee, FL 32399-0700

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

Aviso importante
Si usted es elegible para Medicare o Medicaid, los servicios o beneficios que obtiene una vez que se convierte en participante de Hope PACE son posibles a través de un acuerdo especial que tenemos con Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS] del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) y Medicaid (Agencia de la Florida para la Administración del Cuidado de la Salud).

Cuando se convierte en Participante, acepta aceptar los beneficios ÚNICAMENTE de Hope PACE en lugar de sus beneficios habituales de Medicare y Medicaid.

Espero que PACE proporcione los mismos beneficios básicos que Medicare y Medicaid.

Se le explicará completamente el Acuerdo de inscripción de Hope PACE. Usted y su cuidador deben leerla detenidamente antes de firmar la hoja de firmas del acuerdo de inscripción. Haga preguntas al personal de Hope PACE para asegurarse de que entiende todo sobre el Acuerdo de Inscripción.

Si se inscribe en Hope PACE, puede cancelar su inscripción si cambia de opinión. Espero que PACE trabaje con usted para procesar su cancelación de inscripción lo antes posible. Le pedimos que nos notifique por escrito con treinta (30) días de anticipación si ya no desea ser participante de Hope PACE. Hasta que se procese su desafiliación, debe continuar usando los servicios de Hope PACE. Esto le da a su equipo de atención interdisciplinario tiempo para trabajar con usted y su familia para planificar sus necesidades futuras de atención médica. También le da a Hope PACE el tiempo para notificar adecuadamente a Medicare y Medicaid sobre su decisión de cancelar la inscripción.

7. Directivas Anticipadas y Poder Notarial

Es importante que Hope PACE y su Equipo de Atención Interdisciplinaria entiendan cómo desea que se le brinde su atención médica. Puede llegar un momento en que esté demasiado enfermo para hablar con su equipo de atención interdisciplinaria de Hope PACE, su familia o su cuidador. Es política de Hope PACE hablar con usted y su familia antes de que se enferme demasiado sobre el tipo de atención que desea que se le brinde.

Guardaremos una copia escrita y firmada de la atención que desea que Hope PACE le brinde. No importa lo que decida, le brindaremos la atención que desea. Estas son algunas maneras en las que puede hacer que Hope PACE entienda y honre sus deseos.

- Usted puede dar instrucciones por escrito. A esto se le llama "directiva anticipada de atención médica" o "testamento vital".
- Puede pedirle a otra persona que decida la atención que usted recibe por usted. Esta solicitud debe ser por escrito. A esto se le llama "poder notarial de atención médica, sustituto o apoderado de atención médica".
- Una orden de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés) es una orden médica que identifica a las personas que han elegido con anticipación no ser resucitadas de un paro respiratorio o cardíaco. Usted o su representante legal y su médico deben firmar el formulario. Este formulario está disponible en el Departamento de Salud de Florida, así como en médicos y abogados.
- Se le informará completamente, por escrito, de los planes para implementar un cambio en el nivel de atención o servicios que recibe.

8. Beneficios y cobertura

A. Fechas de entrada en vigor de la inscripción

Su inscripción entra en vigencia el primer día del mes calendario, después de la fecha en que recibimos su acuerdo de inscripción firmado. Las fechas de vigencia de la inscripción se indican en el acuerdo de inscripción.

Su centro Hope PACE es:

- ❑ 3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47
  Port Charlotte, FL 33952
- ❑ 2668 Winkler Avenue,
  Fort Myers, Florida 33901
- ❑ 1333 Santa Barbara Blvd, Bldg A
  Cape Coral, FL 33991
- ❑ 13020 Livingston Road
  Naples, Florida 34109
- ❑ 1201 Camino de las Alas
  Lehigh Acres, Florida 33936

Asistirá al Centro Hope PACE el _____.

Su conductor lo recogerá aproximadamente a _____ .
Si bien planeamos llegar a tiempo, haremos todo lo posible para informarle si llegaremos más tarde de lo esperado.

Su conductor lo llevará a casa aproximadamente _____ .

B. Hoja de firma del acuerdo de inscripción

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

Dirección Permanente: _____

_____

Dirección postal (si es diferente de la dirección permanente): _____

_____

Estado de beneficiario de Medicare: Parte A _____ Parte B _ Ambos __ Ninguno __

Número de Medicare: _____

Estado del beneficiario de Medicaid: _____

Número de Medicaid: _____

Otra información sobre el seguro médico (si corresponde): _____

Idioma principal: _____ Lengua Secundaria: _____

EN FE DE LO CUAL, YO, _____ acepta inscribirse en los servicios de Hope PACE. Recibí una copia del acuerdo de inscripción de miembros y hablé con un miembro del personal de Hope PACE sobre mis beneficios de inscripción. Entiendo que una vez que me inscriba en Hope PACE, recibiré todos mis beneficios de atención médica de Hope PACE. Un miembro del personal de Hope PACE ha revisado la siguiente información conmigo y/o con mi cuidador:

- ❑ Requisitos de elegibilidad para participar en Hope PACE
- ❑ El proceso de inscripción en Hope PACE
- ❑ Poder Notarial para el Cuidado de la Salud y Directivas Anticipadas
- ❑ Fechas de entrada en vigor de la inscripción
- ❑ Una descripción del tipo de beneficios y cobertura que obtengo con Hope PACE
- ❑ Información sobre Hope PACE, incluidos los horarios, y qué hacer cuando hace mal tiempo
- ❑ Información sobre el Equipo de Atención Interdisciplinaria que me atenderá
- ❑ Lista de proveedores y empleados de Hope PACE Contract
- ❑ Financiamiento, información de pago mensual, incluyendo lo que pueda tener que pagar, si es que tengo que pagar algo. Entiendo lo que Hope PACE no pagará.
- ❑ Responsabilidad de mantener la elegibilidad para Medicaid y las obligaciones/pagos financieros a PACE si usted deja de ser elegible.
- ❑ Información sobre los centros de atención a largo plazo y cómo se pueden usar para mi atención
- ❑ Cobertura de Emergencia y Atención de Urgencia
- ❑ Información sobre lo que se debe hacer si me lastimo en un accidente
- ❑ Una copia de la Declaración de Derechos del Participante
- ❑ Mis responsabilidades como participante de Hope PACE y las responsabilidades de mi cuidador
- ❑ Información sobre el Consejo de Participantes y el Consejo Asesor de Consumidores
- ❑ Información sobre el proceso de quejas de Hope PACE
- ❑ Información sobre el proceso de apelación de Hope PACE
- ❑ Información sobre el proceso de apelaciones de Medicaid y Medicare
- ❑ Información sobre cómo suspender mis beneficios de Hope PACE
- ❑ Información sobre cómo volver a solicitar el programa Hope PACE
- ❑ Una declaración de confidencialidad
- ❑ Definiciones de términos en el folleto del acuerdo
- ❑ Tenga en cuenta que no puede cancelar su inscripción en Hope PACE en una oficina del Seguro Social

Se me ha permitido hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas. Entiendo el programa Hope PACE y deseo convertirme en un participante. Entiendo que la inscripción en Hope PACE resultará en la cancelación automática de la inscripción en cualquier otro plan de prepago de Medicare o Medicaid. También entiendo que la inscripción en cualquier otro plan de prepago de Medicare o Medicaid o beneficio opcional posterior a la inscripción en Hope PACE me someterá a la cancelación voluntaria de la inscripción en Hope PACE.

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

Acepto aceptar mis servicios de salud de Hope PACE en lugar de otros programas patrocinados por Medicare y/o Medicaid y que mi fecha de entrada en vigencia de inscripción es: _____

Entiendo que estoy autorizando la divulgación y el intercambio de mi información personal entre los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de la Florida (AHCA), el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de la Florida (DOEA) y Hope PACE.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma del Participante o Representante Autorizado	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma del testigo	Fecha

* La firma que no sea la del participante o familiar inmediato irá acompañada de la documentación apropiada de acuerdo con la ley de Florida y las políticas y procedimientos de Hope PACE.

C. Descripción General de Beneficios y Cobertura

Hay muchos tipos de atención que brinda Hope PACE. Como participante en el programa, todos los servicios de salud necesarios, según lo autorizado por el Equipo Interdisciplinario (IDT), se proporcionarán a través de Hope PACE. La mayor parte de la atención se brinda en el Centro Hope PACE. Su Equipo de Atención Interdisciplinaria conoce todos los tipos de servicios que se ofrecen y decidirá con usted cuál es el mejor para sus necesidades. Los servicios necesarios que pueden ser autorizados por el IDT para usted incluyen:

Servicios de salud para pacientes ambulatorios

1. Cuidado de la salud diurno para adultos
2. Servicios médicos, clínicos y especializados, que pueden incluir enfermeras de práctica avanzada. Las mujeres participantes tienen derecho a elegir un especialista calificado para los servicios de salud de la mujer de una red de proveedores de Hope PACE para brindar atención de rutina y preventiva. Los servicios especializados pueden incluir:
   Anestesiología, Audiología, Servicios de salud conductual/servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluidos servicios comunitarios de rehabilitación psiquiátrica, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina interna, Nefrología, Neurocirugía, Oncología, Oftalmología, Cirugía oral, Cirugía ortopédica, Otorrinolaringología (oído, nariz y garganta), Cirugía plástica, Enfermedad pulmonar, Radiología, Reumatología, Cirugía general y cirugía ambulatoria, Cirugía torácica y vascular, Urología
3. Cuidados de Enfermería
4. Servicios Sociales Médicos
5. Terapia física, ocupacional y del habla
6. Podología
7. Ayuda para usted y su familia sobre cómo elegir y cocinar alimentos saludables
8. Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas para determinar qué problemas de salud pueda tener
9. Medicamentos y medicamentos recetados. Debe obtenerlos a través de Hope PACE
10. Extremidades artificiales y equipo médico duradero (como camas de hospital, sillas de ruedas y andadores)
11. Cuidado de la vista, que incluye exámenes, tratamiento y cosas que le ayudarán a ver mejor, como anteojos
12. Atención psiquiátrica que incluye evaluación, consulta, diagnóstico y tratamiento
13. Servicios de audición, que incluyen evaluación, audífonos, reparaciones y mantenimiento

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

1. Habitación semi-privada y comidas
2. Servicios Médicos y de Enfermería General
3. Unidades médicas/quirúrgicas, de cuidados intensivos, de cuidados coronarios, según sea necesario
4. Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas para determinar qué problemas de salud pueda tener
5. Medicamentos recetados y aprobados por el Equipo Interdisciplinario
6. Administrarle sangre o algunas de las diferentes partes de la sangre
7. Atención quirúrgica, incluido el uso de medicamentos que lo adormecen durante la cirugía
8. Uso del oxígeno
9. Terapias físicas, del habla, ocupacionales y respiratorias
10. Servicios Sociales Médicos
11. Atención en la sala de emergencias
12. Ambulancia
13. Servicios de Sala de Tratamiento

No se incluyen en la atención hospitalaria los cargos por habitación privada y enfermera privada, a menos que su Equipo de Atención Interdisciplinaria considere que es necesario para su afección. Los artículos no médicos, como los cargos telefónicos, no están cubiertos a menos que el Equipo lo autorice.

Centro de atención a largo plazo

1. Habitación semi-privada y comidas
2. Servicios médicos y de enfermería
3. Cuidado de custodia
4. Cuidado y asistencia personal
5. Medicamentos y medicamentos recetados
6. Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional
7. Servicios Sociales Médicos
8. Suministros y aparatos médicos

Cuidado de la salud en el hogar

1. Servicios de enfermería especializada
2. Visitas al médico
3. Terapias físicas, del habla y/o ocupacionales
4. Servicios Sociales Médicos
5. Servicios de cuidado personal
6. Servicios de ama de casa/tareas domésticas
7. Comidas a domicilio con dietas especiales
8. Cuidado de relevo

Cuidados al final de la vida
La atención al final de la vida incluye atención en el hospital, en un hogar de ancianos, en el Centro Hope PACE, en el hogar, en un centro de cuidados paliativos o a través de servicios ambulatorios. Su equipo de PACE le explicará completamente todas las opciones de atención y servicios.

Servicios relacionados con la salud
Los servicios relacionados con la salud incluyen transporte, servicios de ama de casa/tareas domésticas, comidas a domicilio, ayuda para moverse por su comunidad y ayuda para manejar su dinero y pagar sus facturas.

Odontólogos
Se le brindará atención dental de acuerdo con sus necesidades. Su Equipo de Atención Interdisciplinaria proporcionará el dentista que cuidará de sus dientes y encías. Cuando se inscriba por primera vez en Hope PACE, se le hará un chequeo dental. Después de eso, se le hará un chequeo al menos una vez al año. Lo más importante para nosotros es cuidar los dientes o encías doloridos o infectados. Queremos mantener tu boca sana para que puedas comer y beber sin ningún problema. Los servicios dentales pueden incluir:

- Servicios de diagnóstico: exámenes y pruebas, o radiografías, para ver cuáles son sus necesidades.
- Servicios preventivos: limpieza e instrucciones para mantener los dientes y las encías lo más saludables posible.
- Odontología restauradora: empastes, coronas temporales o permanentes.
- Aparatos protésicos: dentaduras postizas completas o parciales.
- Cirugía oral: extracción de dientes (llamada "extracción") o la extirpación o reparación del tejido blando y duro de las encías.

El personal de Hope PACE brinda todos los servicios de atención primaria a través del Centro Hope PACE y programas de servicio en el hogar. A veces, el Equipo de Atención Interdisciplinaria siente que se necesita un tipo especial de atención para un participante. Si ninguno de los miembros del equipo está capacitado para brindar esta atención, Hope PACE hará arreglos especiales con los hospitales y otras personas de la comunidad que estén capacitadas para brindarla.

Segunda Opinión Médica
Es posible que desee una opinión de otro proveedor de atención médica. En tales casos, debe pedirle a Hope PACE que obtenga esta segunda opinión. Si lo haces, Hope PACE lo pagará.

D. El Centro PACE de la Esperanza

Recibirá la mayoría de sus servicios de atención médica en un entorno de salud diurno para adultos dentro del Centro Hope PACE:

- ❑ 3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47 Port Charlotte, FL 33952
- ❑ 2668 Winkler Avenue, Fort Myers, Florida 33901
- ❑ 13020 Livingston Road Naples, Florida 34109
- ❑ 1201 Camino de las Alas Lehigh Acres, Florida 33936

Nuestro horario regular del centro es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. De lunes a viernes. Si necesita ayuda fuera del horario de atención, puede llamarnos. No dude en llamar si tiene alguna pregunta o inquietud.

Es importante que asista al Centro Hope PACE en su(s) día(s) programado(s) cada semana. Si no puede asistir en su día programado, comuníquese con nosotros ANTES de las 7:00 a.m., o lo más pronto posible, para que su conductor y el resto de su equipo de atención lo sepan.

Hope PACE está cerrado los días festivos legales y religiosos. Le informaremos cuando estemos cerrados debido a un día festivo. Aquí hay una lista de los días durante el año en que Hope PACE cierra y no se brindan los servicios del Centro Hope PACE:

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

¿Y si hace mal tiempo?
Estaremos cerrados durante condiciones climáticas severas, como un huracán o una inundación. Si las escuelas públicas de su condado están cerradas, el Centro Hope PACE también estará cerrado. Las estaciones de radio y televisión locales anunciarán el cierre de las escuelas públicas.

Si el clima empeora mientras está en el Centro Hope PACE, intentaremos enviar a todos a casa temprano. Si cerramos temprano, notificaremos a la familia y/o cuidadores según sea necesario.

E. El equipo de Hope PACE

El Centro Hope PACE tiene su propio Equipo de Atención, el cual está compuesto por las siguientes personas. Su equipo de atención interdisciplinario se le asignará en la conferencia de inscripción.

- **El Gerente del Centro** es responsable de las operaciones diarias del Centro.
- **El médico de atención primaria** es el médico responsable de supervisar la atención médica primaria que recibirá.
- **El personal de enfermería** es responsable de las necesidades generales de atención de enfermería. Trabajan en estrecha colaboración con el médico y la enfermera practicante para brindarle atención médica.
- **Los técnicos de enfermería certificados** son responsables de las actividades de atención al paciente, como ayudarlo con sus necesidades personales.
- **Los coordinadores de cuidado** en el hogar son responsables de la coordinación de los servicios que se ofrecen en el hogar, incluidos los asistentes y equipos de cuidado personal.
- **El farmacéutico** es responsable de los medicamentos que usted pueda tomar.
- **El dietista** es responsable de asegurarse de que se satisfagan sus necesidades alimentarias y nutricionales.
- **Los trabajadores sociales** son responsables de los servicios de apoyo social. Pueden ayudarlo a encontrar recursos sociales externos, responder preguntas sobre la administración de su dinero o Medicaid, y ser un recurso de ayuda con problemas familiares y emocionales.
- **El fisioterapeuta** le ayuda a hacer cosas que mantienen sus músculos fuertes. Esto te ayuda a moverte mejor. El fisioterapeuta también se asegura de que cualquier equipo que reciba, como una silla de ruedas o un andador, se adapte a sus necesidades y sea fácil de operar.
- **Los terapeutas de actividad y recreación** son los que te animan a conocer a otros participantes, te enseñan nuevas manualidades, juegan y te llevan a excursiones. En otras palabras, son las personas maravillosas que sueñan con cosas divertidas para que hagas. Sin embargo, puede sugerir actividades nuevas o diferentes que también le gustaría hacer. Queremos que disfrute del tiempo que pasa en el Centro Hope PACE.
- **El Asistente de Terapia Ocupacional/Física** ayuda al fisioterapeuta con su atención.
- **El terapeuta ocupacional** le ayuda a ejercitar los brazos y las manos para que pueda hacer algunas de las cosas que le gustan. Esto incluye poder peinarse o cepillarse el cabello, alimentarse o escribir su nombre.
- **El terapeuta del habla** es responsable de ayudarlo a usar los músculos de la cara. Esto le ayuda a comer, hablar y comunicarse con los demás.

El grupo de rostros sonrientes que lo saludan temprano en la mañana para llevarlo al Centro Hope PACE, llevarlo a sus citas, llevarlo a casa de manera segura y programar su tiempo de camioneta son los miembros de su equipo de transporte.

- **El Gerente de Transporte** es responsable de administrar las necesidades de transporte del Centro Hope PACE. El Coordinador de Transporte programa su tiempo de viaje y las rutas de los conductores para que no tenga que pasar demasiado tiempo en las camionetas. El Coordinador de Transporte también le informará si su conductor llega tarde o si hay algún problema.
- **Los conductores** son los que te recogen por la mañana y te llevan a casa por la noche. También pueden llevarlo a excursiones con otros participantes o llevarlo a una cita con un especialista médico.

F. Proveedores contratados

Hope PACE se asocia con otros proveedores cuando sea necesario para satisfacer mejor sus necesidades. Se incluye un inserto con una lista de proveedores de contratos en su paquete de inscripción/conferencia familiar. Cada año se le envían nuevas listas.

Esta lista se actualiza mensualmente y cualquier cambio aparecerá en su boletín trimestral. Puede solicitar una copia de la lista de proveedores contratados en cualquier momento, pero recuerde que todos los servicios contratados deben ser aprobados previamente por su Equipo de Atención Interdisciplinaria.

Un ejemplo de personas en esta lista puede incluir especialistas, como oftalmólogos, dentistas y otros. También se incluyen en esta lista hospitales, centros de vida asistida y proveedores de atención domiciliaria, entre otros. Los proveedores de contratos utilizados por Hope PACE tienen licencias, certificados y/o acreditados según lo requieran sus juntas de licencias específicas.

G. Financiamiento: Información de Pago Mensual

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

Medicare y Medicaid : nada para Hope PACE.

Es su responsabilidad mantener la elegibilidad financiera de Medicaid; de lo contrario, se aplicará lo siguiente.

Solo Medicare

- *Si tiene la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare y no es elegible para Medicaid*, entonces pagará un pago mensual a Hope PACE de $_____ A partir de _____ (fecha).

- *Si tiene la Parte A de Medicare y NO está inscrito en la Parte B de Medicare y no es elegible para Medicaid*, entonces pagará un pago mensual a Hope PACE de $_____ A partir de _____ (fecha).

- *Si no es elegible para Medicaid*, entonces pagará un pago mensual a Hope PACE de $_____ A partir de _____ (fecha).

- *Si tiene Medicare Parte B y no es elegible para Medicaid*, entonces pagará un pago mensual a Hope PACE de $_____ A partir de _____ (fecha).

- *Si solo es elegible para la Parte B de Medicare*, aún deberá pagar la factura mensual de Medicare a la Administración del Seguro Social (SSA) para seguir siendo elegible. Si su elegibilidad para los programas de Medicare/Medicaid cambia mientras es participante de Hope PACE, su cargo mensual cambiará. Mire la cantidad anterior para averiguar cuál será ese cambio, o pregúntele a un representante de Hope PACE.

- Nota: Los montos anteriores incluyen el pago de todos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un cargo mensual a Hope PACE, debe pagar el dinero antes del primer día del mes después de firmar el Acuerdo de inscripción. El cargo mensual debe pagarse el primer día de cada mes. El pago se puede hacer con cheque, giro postal o efectivo a:

Esperanza PACE
2668 Avenida Winkler
Fort Myers, FL 33901

¿Qué sucede si mi pago se retrasa?
Si no ha pagado o no ha hecho arreglos satisfactorios para pagar su factura mensual antes del décimo (10) día del mes, se le enviará un "Segundo Aviso" de una factura vencida y se le cobrará un cargo por pago atrasado de veinte dólares ($20).00). *Si aún no ha pagado o no ha hecho arreglos satisfactorios para pagar su factura antes de fin de mes, recibirá una carta explicando que será desafiliado involuntariamente del programa Hope PACE si no paga su factura, y comenzará el proceso de desinscripción involuntaria.*

Ejemplo: Se le facturan $100 por el mes de enero. El pago vence el 10 de enero. Si aún no ha pagado su factura antes del 1 de febrero por la atención recibida en enero, comenzará el proceso de cancelación involuntaria de la inscripción.

Espero que PACE coordine su regreso al sistema de pago por servicio de Medicare y Medicaid si es elegible. Espero que PACE continúe brindando servicios hasta la fecha efectiva de cancelación de su inscripción. Si se cancela su inscripción, su equipo de atención interdisciplinario desarrollará un plan de alta para determinar sus necesidades de atención continua. Hope PACE establece sus cargos mensuales una vez al año y tiene derecho a cambiar sus cargos con treinta (30) días de anticipación.

H. Financiamiento: Exclusiones y Limitaciones

El personal de Hope PACE promete brindarle la mejor atención posible, pero hay algunas cosas que no pueden hacer por usted. Aquí se da una lista de estas cosas por las que no podemos pagar:

- Cualquier servicio que su Equipo de Atención Interdisciplinaria no autorice, incluso si figura como un servicio de Hope PACE, a menos que sea un servicio de emergencia.
- Cirugía estética, a menos que sea necesaria para ayudarle en su vida diaria, o si es necesaria para reparar cualquier parte de su cuerpo que haya resultado gravemente dañada en un accidente o para la reconstrucción después de una mastectomía.
- Procedimientos/tratamientos médicos experimentales, quirúrgicos u otros procedimientos de salud. *
- Cualquier servicio prestado fuera de los Estados Unidos, excepto según lo permita el plan de Medicaid aprobado por el estado o por Medicare. (Estados Unidos incluye los 50 estados, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte).
- Cuando está hospitalizado o en instalaciones para pacientes hospitalizados: tarifa de habitación privada y enfermera de guardia privada, a menos que su Equipo de Atención Interdisciplinaria considere que es necesario para su afección. Tampoco se incluyen los artículos no médicos para conveniencia personal, como cargos de teléfono, alquiler de radio o televisión, a menos que el Equipo lo autorice específicamente como parte del plan de atención.

* Hope PACE entiende que puede haber un tratamiento o servicio médico o de atención médica que puede ser útil para prevenir o corregir un problema de salud y puede que

no esté cubierto por este programa. Si este servicio o tratamiento no está cubierto por Hope PACE, su Equipo de Atención Interdisciplinaria analizará qué más pueden hacer y le informará sobre sus opciones disponibles.

I. Centros de atención a largo plazo

Si usted es elegible para Medicaid y en cualquier momento su Equipo Interdisciplinario decide con usted y su familia que ya no puede ser atendido en su hogar, es posible que lo ubiquen en otro entorno de atención médica. Esto puede ser por un corto período de tiempo o, si es necesario, puede ser una colocación permanente.

Si usted es colocado permanentemente en un centro de atención a largo plazo, Hope PACE requiere que usted pague el dinero que ha estado recibiendo cuando estaba en casa directamente al centro por su alojamiento y comida. Espero que PACE continúe brindando toda su atención médica y supervisando todas sus necesidades. Su médico de Hope PACE continuará brindándole toda su atención.

El único momento en que esto puede no ser cierto es cuando usted tiene un esposo, esposa o un hijo adulto discapacitado que continuará viviendo en su hogar mientras usted está en el centro de atención a largo plazo. Si esto es cierto, es posible que pueda seguir conservando el dinero.

Como parte del proceso de ubicarlo en un centro de atención a largo plazo, Hope PACE notificará la elegibilidad de Medicaid para determinar lo que deberá pagarle a Hope PACE, si es que debe pagar algo. Si no paga la cantidad de dinero que Medicaid determina que le debe a Hope PACE, podría afectar su elegibilidad para Medicaid y ser desafiliado de Hope PACE. Estas reglas son válidas para todas las personas que reciben asistencia de Medicaid y son colocadas en un centro de atención a largo plazo. Para que usted continúe siendo un participante de Hope PACE, debe cumplir con las reglas.

9. Atención de emergencia y urgencia

Hope PACE brinda atención durante todo el día, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, trescientos sesenta y cinco (365) días al año. Cuando se inscriba en Hope PACE, recibirá una hoja de instrucciones para publicar en su teléfono. Esta hoja identificará claramente qué es una emergencia para usted.

Si cree que su afección requiere atención inmediata, llame al 911. Por favor, notifique a Hope PACE lo antes posible si utiliza los servicios de emergencia del 911.

La Atención Urgente es un servicio cubierto que se le proporciona cuando:
a) Usted está temporalmente ausente del área de servicio de Hope PACE o, en algunas circunstancias, se brindan servicios a un participante que se encuentra dentro del área de servicio, pero ni Hope PACE ni un proveedor contratado de Hope PACE están disponibles o accesibles. Y
b) Cuando dichos servicios son necesarios y se requieren de inmediato como resultado de los síntomas de una enfermedad, lesión o condición imprevista en la que la persona común y corriente creería razonablemente que requeriría dicha atención inmediata.

La aprobación para el servicio de atención de urgencia se otorga dentro de una hora después de que se notifica a Hope PACE. Si no hemos tomado ninguna medida después de una hora, la aprobación se da de forma predeterminada.

Si siente que necesita servicios de atención médica rápidamente, pero no es una emergencia, Hope PACE se encargará de estos servicios de atención que necesita con urgencia.

Si llama después del horario laboral normal (de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.), el Servicio de Contestador de Hope PACE llamará inmediatamente a uno de sus médicos, quien le dirá qué hacer y lo ayudará a obtener la atención que necesita. Un médico está disponible las 24 horas del día.

Esperanza PACE de guardia:
(239) 985-6400, línea gratuita (866) 659-7223 o personas con discapacidad auditiva (800) 995-8771

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

Condición médica de emergencia significa una condición que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) de tal manera que una persona prudente, con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en lo siguiente:

- Grave peligro para su salud;
- Deterioro grave de la función corporal; o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ejemplos de emergencias incluyen problemas para respirar, dolores en el pecho o sangrado que es difícil de detener. Debido a la emergencia, es posible que deba obtener esta atención de la fuente más cercana y rápida posible. Esto puede significar incluir fuentes distintas a Hope PACE o sus proveedores contratados. No se le pedirá que pague por ningún servicio que se requiera para tratar emergencias, incluso si los servicios se brindan fuera del área de servicio y/o por una fuente que no sea Hope PACE o sus proveedores contratados.

Usted sabrá que su problema requiere atención de emergencia si se hace las siguientes preguntas:

- ¿Necesito ayuda en el lugar debido a una lesión o enfermedad repentina?
- ¿El tiempo requerido para comunicarme con el personal de Hope PACE significa que podría arriesgarme a sufrir daños permanentes en mi salud? ¿Podría morir como resultado?

Si cree que su problema es una cuestión de vida o muerte y necesita ayuda más rápida, llame al 911.

Responda a todas las preguntas con el mayor cuidado posible. Haga exactamente lo que le indique el operador. Si su problema es una emergencia, lo llevarán a la sala de emergencias más cercana de un hospital. **Una vez más, debe notificar a Hope PACE lo antes posible si ha llamado al 911 para obtener servicio.**

Si está lejos de su hogar y fuera de su área de servicio, Hope PACE cubrirá su emergencia o atención urgente. Si recibió atención médica de emergencia mientras pasaba un corto tiempo fuera del área de servicio, debe informar a alguien de Hope PACE lo antes posible. Debe dar información sobre la emergencia y la atención que recibió.

Si usted se encuentra en un hospital o todavía está recibiendo atención, tenemos el derecho de hacer arreglos para trasladarlo a otro hospital dentro de nuestra red si su salud no se ve comprometida. También cambiaremos su médico a un médico de Hope PACE.

Si se encuentra en un hospital cuando está fuera de la ciudad, debe informar a Hope PACE dentro de un (1) día completo, o veinticuatro (24) horas, o tan pronto como su condición médica mejore y pueda informarnos.

Si ha pagado por el servicio médico de urgencia o emergencia que recibió cuando no pudo obtener atención de alguien en Hope PACE, debe pedir un recibo del hospital o médico que lo trató. El recibo debe mostrar:

- El nombre del médico
- Su problema de salud
- El tratamiento que recibió
- La fecha del tratamiento y cuándo pudo irse, y
- Cuánto tuviste que pagar por el servicio

Se le reembolsará por esta atención si envía su recibo a: Hope
PACE, Atención: Gerente del Centro
2668 Avenida Winkler
Fort Myers, FL 33901

Sin embargo, si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos, Hope PACE no la pagará.

10. Lesiones Accidentales

Si usted se lesiona por las acciones de otra persona, como estar involucrado en un accidente automovilístico, y se lesiona y requiere atención médica adicional, Hope PACE le brindará esa atención adicional.

Sin embargo, si recupera dinero de la parte que lo lesionó, o de alguien que paga en nombre de esa persona, como una compañía de seguros, Hope PACE puede tener un reclamo sobre esa recuperación por el monto de los costos que gastamos para brindarle la atención médica adicional que recibió porque resultó herido. Estos son los mismos tipos de reglas y regulaciones que se aplicarían bajo su servicio habitual de Medicare y/o Medicaid si es elegible.

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

11. Derechos de los participantes

Cuando se une al programa Hope PACE, tiene ciertos derechos y protecciones. Hope PACE debe explicarle completamente sus derechos a usted o a alguien que actúe en su nombre de una manera que pueda entender en el momento en que se una.

1. Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto en todo momento, a que toda su atención se mantenga en privado y a recibir una atención compasiva y considerada. También tiene derecho a:
   - Para obtener toda su atención médica en un entorno seguro y limpio.
   - Estar libre de abusos. Esto incluye abuso físico o mental, negligencia, castigo físico, ser colocado por usted mismo en contra de su voluntad y cualquier restricción física o química que se use sobre usted para disciplinar o conveniencia del personal y que no necesite tratar sus síntomas médicos.
   - Que se le anime a usar sus derechos en el programa Hope PACE.
   - Para obtener ayuda, si la necesita, para usar los procesos de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid, y sus derechos civiles y otros derechos legales.
   - Que se le anime y ayude a hablar con el personal de Hope PACE sobre los cambios en la política y los servicios que cree que se deben hacer.
   - Usar un teléfono mientras se encuentra en el Centro Hope PACE para conversaciones privadas en el área de llamadas local.
   - No tener que hacer trabajos o realizar servicios para el programa Hope PACE.

2. Usted tiene derecho a la protección contra la discriminación. La discriminación es ilegal. Todas las compañías o agencias que trabajan con Medicare y Medicaid deben obedecer la ley. No pueden discriminarlo debido a su: raza/origen étnico, religión, edad, sexo, orientación sexual, capacidad mental o física, o fuente de pago de su atención médica (por ejemplo, Medicare o Medicaid).

3. Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender y a que alguien le ayude a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. En concreto, tienes derecho a:
   - Que alguien le ayude si tiene una barrera lingüística o de comunicación para que pueda entender toda la información que se le proporcione.
   - Que Hope PACE interprete la información a su idioma preferido de una manera culturalmente competente, si su lengua materna no es el inglés y no puede hablar inglés lo suficientemente bien como para entender la información que se le proporciona.
   - Para obtener materiales de marketing y Derechos del Participante en inglés y en cualquier otro idioma de uso frecuente en su comunidad. También puede obtener estos materiales en Braille, si es necesario.

- Obtener una copia escrita de sus derechos de Hope PACE. Hope PACE también debe publicar estos derechos en un lugar público en el Centro Hope PACE donde sea fácil verlos.
- A ser plenamente informado, por escrito, de los servicios ofrecidos por Hope PACE. Esto incluye decirle qué servicios son proporcionados por los contratistas en lugar del personal de Hope PACE. Se le debe proporcionar esta información antes de inscribirse, en el momento en que se inscriba y cuando haya un cambio en los servicios.
- Analizar los resultados de la revisión más reciente de Hope PACE por parte de agencias federales y estatales. También tiene derecho a revisar cómo Hope PACE planea corregir cualquier problema que se encuentre en la inspección.

4. Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica dentro de la red de Hope PACE y a recibir atención médica de calidad. Las mujeres tienen derecho a recibir servicios de un especialista calificado en atención de la salud de la mujer para servicios de atención de la salud de la mujer de rutina o preventivos. También tiene derecho a recibir atención en todos los entornos de atención, incluida la colocación en un centro de atención a largo plazo cuando Hope PACE ya no pueda mantenerlo seguro en la comunidad.

5. Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia cuando y donde los necesite sin la aprobación de Hope PACE. Una emergencia médica es cuando cree que su salud está en grave peligro, cuando cada segundo cuenta. Es posible que tenga una lesión grave, una enfermedad repentina o una enfermedad que empeore rápidamente. Puede recibir atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.

6. Usted tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su atención médica. Si no puede participar plenamente en sus decisiones de tratamiento o si desea que alguien en quien confíe le ayude, tiene derecho a elegir a esa persona para que actúe en su nombre. En concreto, tienes derecho a:
   - Que se le expliquen todas las opciones de tratamiento en un idioma que entienda, que esté completamente informado de su estado de salud y de su evolución, y que tome decisiones sobre el cuidado de la salud. 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.
   - Para que Hope PACE le ayude a crear una directiva anticipada. Una directiva anticipada es un documento escrito que dice cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Debe dárselo a la persona que llevará a cabo sus instrucciones y tomará las decisiones de atención médica por usted.
   - Participar en la elaboración y ejecución de su plan de atención. Puede solicitar que se revise su plan de atención en cualquier momento. A recibir un aviso

anticipado, por escrito, de cualquier plan para trasladarlo a otro entorno de tratamiento y la razón por la que lo están trasladando.

- Comprender completamente los cuidados paliativos, los cuidados de confort y los servicios al final de la vida de Hope PACE. Los cuidados paliativos son cuidados médicos especializados centrados en aliviar los síntomas y el estrés de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto del participante como de la familia. Los cuidados paliativos son proporcionados por un equipo de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales que trabajan juntos para proporcionar un nivel adicional de apoyo y control de los síntomas. Es apropiado a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave y puede proporcionarse junto con el tratamiento curativo. Los cuidados paliativos no limitan las opciones de tratamiento curativo. Hope PACE proporciona cuidados paliativos cuando es necesario a todos los participantes. Los servicios paliativos incluyen los siguientes:
    - Manejo de los síntomas: Alivio del dolor, dificultad para respirar, fatiga, estreñimiento, náuseas, pérdida del apetito y dificultad para dormir.
    - Apoyo emocional y espiritual: Apoyo para las preocupaciones emocionales y espirituales.
    - Coordinación de la atención: Coordinación con otros proveedores de atención médica para garantizar una atención integral.
    - Apoyo a los cuidadores: Proporcionar asistencia y orientación a los miembros de la familia y otros cuidadores.

  La atención de confort/atención al final de la vida es un tipo especial de atención que se centra en la calidad de vida y la dignidad de una persona a medida que se acerca al final de su vida. Las discusiones sobre los cuidados de confort/cuidados al final de la vida se inician cuando ha llegado el momento de considerar centrarse en el control de los síntomas y la calidad de vida, y de suspender los tratamientos curativos cuando ya no se espera que sean beneficiosos y podrían ser potencialmente perjudiciales debido a la etapa avanzada de la enfermedad. Antes de que estos servicios puedan comenzar, le explicaremos todas sus opciones de tratamiento, le daremos información por escrito sobre estas opciones y obtendremos su consentimiento por escrito o el de su representante designado.

7. Usted tiene derecho a hablar con los proveedores de atención médica en privado y a que su información personal de atención médica se mantenga privada según lo protegido por las leyes estatales y federales. También tiene derecho a ver y recibir copias de sus registros médicos y a solicitar enmiendas a los registros. Se obtendrá su consentimiento por escrito para la divulgación de cualquier información de sus registros y ese consentimiento por escrito limitará el grado de información y las personas a las que se proporciona.

8. Usted 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 Hope PACE. Usted tiene derecho a un proceso justo y oportuno para resolver sus inquietudes con Hope PACE. En concreto, tienes derecho a:
   - A una explicación completa del proceso de quejas.
   - A ser alentado y ayudado a explicar libremente sus quejas al personal de Hope PACE y a los representantes externos de su elección. No debe ser perjudicado de ninguna manera por contarle a alguien sus preocupaciones. Esto incluye ser castigado, amenazado o discriminado.
   - Apelar cualquier decisión de tratamiento por parte del personal o los contratistas de Hope PACE.

9. Si, por alguna razón, siente que Hope PACE no es lo que desea, tiene derecho a abandonar el programa en cualquier momento. Espero que PACE le ayude según sea necesario a comunicarse con la oficina local de Medicaid antes de abandonar el programa para ver si sus beneficios de Medicaid cambiarán.

10. Tiene derecho a denunciar cualquier violación de sus derechos o si cree que ha sido discriminado. Usted puede reportar esto de la siguiente manera:
    - ponerse en contacto con cualquier 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 Gerente de Proyecto PACE del Departamento de Asuntos de Ancianos de Florida al (850) 414-2000

12. Responsabilidades del participante y del cuidador

Los servicios de Hope PACE dependen de la participación de usted, el participante, y su familia. Su equipo de atención interdisciplinario trabajará en estrecha colaboración con usted para asegurarse de que sus necesidades de atención médica se satisfagan en el mayor grado posible. Para ello, los participantes y cuidadores tienen las siguientes responsabilidades:

1. Participar en la planificación de su atención.
2. Para cooperar con el plan de atención desarrollado especialmente para usted.
3. Para usar solo proveedores autorizados por Hope PACE.
4. Tomar sus medicamentos según las indicaciones del médico de Hope PACE.
5. Si tiene una emergencia, que siga el plan de emergencia específico de Hope PACE desarrollado para usted.
6. Utilizar los hospitales elegidos por Hope PACE para toda la atención hospitalaria que no sea de emergencia.
7. Si está fuera de casa y surge una emergencia, que notifique a Hope PACE dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible.
8. Si desea cancelar su inscripción en Hope PACE, debe proporcionar una notificación escrita o verbal de su deseo de abandonar el programa.
9. Debe pagar las cuotas mensuales a tiempo y mantener la elegibilidad financiera de Medicaid.
10. Para notificar a Hope PACE si usted resulta lesionado por las acciones de otra persona, como estar involucrado en un accidente automovilístico.
11. Informar a Hope PACE lo antes posible cuando no esté satisfecho con la atención o los servicios.
12. Mostrar una conducta y comportamiento que no lo ponga en peligro a usted, a otros participantes o al personal de Hope PACE.
13. Para notificar a Hope PACE si se muda o tiene una ausencia prolongada de nuestra área de servicio.

Nota: El incumplimiento por parte de los participantes y/o sus cuidadores de los "Derechos y responsabilidades del participante y cuidador" dará lugar a una revisión por parte del Gerente del Centro y/o del Equipo Interdisciplinario y puede ser motivo de inscripción.

13. Apoyo y defensa del consumidor

Consejo de Participantes
En Hope PACE, los participantes se reúnen regularmente con un representante del personal para ofrecer sugerencias sobre lo que les gusta de Hope PACE y lo que creen que puede ser mejor. Los participantes tienen derecho a hacer sugerencias al personal sobre su atención, el Centro Hope PACE y el programa, y se les anima a hacerlo en cualquier momento.

Consejo Asesor del Consumidor
Los representantes de la familia, el cuidador y los participantes son seleccionados por un comité de nominaciones y luego se presentan ante la Junta Directiva de Hope Hospice and Community Services para su aprobación. Se le entregará un inserto con la información de su representante en la conferencia familiar para la inscripción. También aparecerá una lista de representantes de la familia/cuidador en cada boletín junto con instrucciones sobre cómo enviarles correspondencia.

Como consumidores, los participantes y sus familias y cuidadores conocen el tipo de cosas que ayudan a Hope PACE a ser lo mejor que puede ser. Ustedes son nuestros mayores apoyos y dependemos de sus aportes para mantenernos en el camino correcto.

En las reuniones trimestrales, el Consejo discute temas tales como los derechos y responsabilidades de los participantes, la calidad de la atención, los cambios en las regulaciones, las comunicaciones con el consumidor, las políticas del programa y la estructura del programa. Luego, las recomendaciones del Consejo se presentan al Director del Programa Hope PACE y a la Junta Directiva de Hope Hospice y Servicios Comunitarios. Estas recomendaciones nos ayudan a brindarle un mejor servicio y mantenerlo satisfecho.

Procedimiento de Quejas del Participante
Queremos asegurarnos de que todos los participantes de Hope PACE estén satisfechos con la atención que reciben. Por favor, háganos saber de inmediato si hay algún problema o inquietud sobre la atención o si siente que no está recibiendo los servicios que necesita.

Se considera una queja cualquier expresión de insatisfacción, ya sea escrita u oral, expresada por el participante, el miembro de la familia del participante o el representante legal del participante con la prestación de servicios o la calidad de la atención brindada por Hope PACE, ya sea de naturaleza médica o no médica.

Usted tiene el derecho de presentar una queja sobre cualquier cosa. Estos son algunos ejemplos:

- La calidad de los servicios que recibe en el hogar, en el Hope PACE Center o en cualquier hospitalización (hospital, hogar de ancianos, etc.)
- Errores que sientes que se han cometido
- Comportamiento de cualquiera de sus proveedores de atención o personal del programa
- Adecuación de las instalaciones del centro
- Calidad de los alimentos proporcionados
- Servicios de transporte

Puede presentar una queja ante cualquier miembro del personal, ya sea verbalmente o por escrito, en cualquier momento. Puede presentar una queja dentro de un año después de la fecha de ocurrencia que inició la queja. La correspondencia escrita puede ser presentada a la atención de su Gerente del Centro PACE en persona o por correo a la dirección del Centro al que asiste.

- ❑ 3280 Tamiami Trail, Ste. 45-47
  Port Charlotte, FL 33952
- ❑ 2668 Winkler Avenue,
  Fort Myers, Florida 33901
- ❑ 1333 Santa Barbara Blvd, Bldg A
  Cape Coral, FL 33991
- ❑ 13020 Livingston Road
  Naples, Florida 34109
- ❑ 1201 Camino de las Alas
  Lehigh Acres, Florida 33936

También puede comunicarse con Hope PACE por teléfono llamando al (239) 985-6400, al número gratuito (866) 659-7223 o a las personas con discapacidad auditiva (800) 995-8771.

Si presenta una queja, continuará recibiendo los mismos servicios que antes de presentar la queja o de acuerdo con su plan de atención. Espere que los empleados de PACE no discutan su queja con otros participantes o con cualquier otra persona que no esté involucrada en la investigación de su queja.

Una vez que usted o un miembro de su familia hayan presentado una queja, Hope PACE le acusará recibo por escrito de su queja y le proporcionará los pasos específicos, incluidos los plazos de respuesta que se tomarán para resolver la queja.

Es responsabilidad de nuestro Gerente del Centro investigar y buscar una resolución de la queja lo antes posible, pero a más tardar 30 días hábiles a partir de la fecha en que Hope PACE reciba la queja. El Equipo de Atención Interdisciplinaria discutirá la queja y la resolución de la queja y se le enviará una decisión final por escrito.

Si no está satisfecho con la decisión de Hope PACE con respecto a su queja, puede solicitar que se reconsidere. Si tiene Medicare, puede comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Medicare (QIO, por sus siglas en inglés) regional y presentar una queja por escrito. Su trabajador social o cualquier miembro del personal de PACE puede ayudarle en el proceso.

Si usted no es elegible para Medicare, pero solo es elegible para Medicaid, Hope PACE lo ayudará a investigar más a fondo su queja.

Descripción general del proceso de apelación

Si Hope PACE rechaza su solicitud de un servicio, para el pago de un servicio, o si se le da de baja involuntariamente del programa Hope PACE, tiene derecho a presentar una apelación. Se le dará información por escrito sobre cómo presentar una apelación en el momento de la inscripción, al menos una vez al año a partir de entonces, y cada vez que rechacemos una solicitud de servicios o pago. Usted o su familia o cuidador pueden solicitar información sobre nuestro proceso de apelación en cualquier momento.

Si presenta una apelación, continuará recibiendo los servicios de atención médica de la misma manera que antes de presentar la apelación. Sin embargo, si la apelación no le favorece, entonces usted será responsable del pago de los servicios en cuestión. Espero que los empleados de PACE no discutan su apelación con nadie que no esté involucrado en la investigación de su apelación.

Si Hope PACE niega un servicio que usted solicitó o el pago por un servicio que recibió, puede presentar una apelación ya sea verbalmente o por escrito. Usted o su familia o cuidador pueden presentar una apelación llamando por teléfono al Centro Hope PACE entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., indicando su deseo de presentar una apelación en persona en el Centro Hope PACE, o enviando una carta a Hope PACE a la siguiente dirección:

Esperanza PACE
A la atención de:
Director del Programa
2668 Winkler Avenue
Fort Myers, FL 33901
(239) 985-6400, línea gratuita (866) 659-7223 o personas con discapacidad auditiva (800) 995-8771

Su apelación será evaluada por alguien que será un tercero imparcial y debidamente acreditado que no estuvo involucrado en la decisión original y que no tiene ningún interés en el resultado de la apelación. Usted o su familia o cuidador pueden presentar o presentar hechos y/o pruebas relevantes para su revisión, ya sea en persona o por escrito, para su consideración durante el proceso de apelación.

Se tomará una decisión sobre su apelación tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

Si cree que su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima se verían

seriamente comprometidas si no se proporciona el servicio en disputa, puede solicitar una apelación acelerada. El tercero objetivo revisará su caso de inmediato y le responderá dentro de las 72 horas. Si podemos demostrarle que necesitamos más tiempo para revisar el caso y que su salud no está en peligro, es posible que necesitemos hasta 14 días para revisar su apelación acelerada.

La decisión sobre su apelación
Ya sea una apelación estándar o una apelación acelerada, si la decisión es favorable para usted, le notificaremos y haremos los arreglos necesarios para que obtenga el servicio o el pago en cuestión tan pronto como lo requiera su condición de salud.

Apelaciones externas
Si la apelación no se decide a su favor por un servicio o el pago de un servicio, usted tiene derechos de apelación adicionales, llamados derechos de apelación externa. Su solicitud para presentar una apelación externa puede hacerse verbalmente o por escrito. Una apelación externa implica una revisión nueva e imparcial de su caso a través del programa Medicare o Medicaid.
El programa Medicare contrata a una organización de revisión independiente para proporcionar una revisión externa de las apelaciones que involucran a las organizaciones PACE. Esta organización de revisión es completamente independiente de Hope PACE.

El programa Medicaid lleva a cabo su siguiente nivel de apelación a través del proceso de audiencia justa del estado. Hasta que reciba la decisión final, puede optar por continuar

recibir estos servicios; Sin embargo, es posible que tenga que pagar por estos servicios si la decisión no es a su favor.

Si está inscrito tanto en Medicare como en Medicaid, puede elegir el proceso de apelación que desea seguir. Si no está seguro de qué programa se aplica a usted, pregúntenos. Debe elegir Medicare o Medicaid. La Apelación Externa solo se puede hacer a uno u otro, (Medicare o Medicaid), pero no a ambos. Hope PACE puede ayudarlo a elegir qué proceso de apelaciones externas seguir.

Si está inscrito tanto en Medicare como en Medicaid o solo en Medicare, puede optar por apelar utilizando el proceso de apelación externo de Medicare. Enviaremos su apelación a un panel de revisión separado que Medicare ha designado como la agencia para revisar las apelaciones externas.

Esta agencia designada por Medicare para apelaciones externas mantendrá nuestra decisión original o cambiará nuestra decisión y fallará a su favor. Recibirá una decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de la apelación.

Si la decisión de la agencia designada de Medicare es a su favor, debemos brindarle el servicio tan pronto como su condición de salud lo requiera, O

Si ha solicitado un pago por un servicio que ya ha recibido, le pagaremos el servicio.

Si la decisión de la agencia designada por Medicare NO es a su favor, hay otros niveles de apelaciones, y le ayudaremos a continuar con su apelación si decide hacerlo.

Para las revisiones a Medicaid, la apelación debe enviarse dentro de los 30 días a:

Departamento de Niños y Familias
Oficina de Audiencias de Apelaciones,
1317 Winewood Blvd.
Edificio 5, Sala 255
Tallahassee, FL 32399-0700

Teléfono: (850) 488-1429

El Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) responderá con una notificación por escrito informándole el resultado de su apelación. Si la decisión del DCF es a su favor, Hope PACE proporcionará o pagará el servicio en cuestión tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 30 días después de la decisión.

14. Terminación de Beneficios

Sus beneficios de Hope PACE pueden ser suspendidos si decide renunciar a su inscripción en el programa. Si decide renunciar a estos beneficios, lo ha hecho "voluntariamente" o por su cuenta. Si ya no cumple con las condiciones de inscripción, renunciará a los beneficios "involuntariamente".

Aún debe usar los servicios de Hope PACE y pagar el cargo mensual, si lo hay, hasta que termine su tiempo de participación. Se necesita un aviso por escrito de al menos treinta (30) días para que regrese al programa Medicare y/o Medicaid. Si usted está en el hospital en la fecha de su desafiliación planificada, sus beneficios de Hope PACE continuarán hasta el próximo período de desafiliación.
NOTA: No puede cancelar su inscripción en Hope PACE yendo a la oficina del Seguro Social. Usted debe decirle a Hope PACE que quiere abandonar el programa.

Abandonando voluntariamente la esperanza PACE
Si desea cancelar sus beneficios al dejar Hope PACE, debe hablar de ello con un miembro del equipo en el Centro Hope PACE. Puede irse por cualquier motivo en cualquier momento.
Sin embargo, por favor háganoslo saber ya sea verbalmente o por escrito. Si nos comunica verbalmente su deseo de cancelar la inscripción, debe firmar un formulario de desafiliación. Hope PACE cancelará su inscripción lo antes posible, pero necesitamos tiempo para coordinar su atención médica fuera de Hope PACE con los proveedores de la comunidad para que sus necesidades de salud puedan seguir siendo satisfechas.

Dejando involuntariamente la esperanza PACE
Hope PACE puede suspender sus beneficios notificándole por escrito con treinta (30) días de anticipación si:

- Usted se muda fuera del área de servicio de Hope PACE por más de treinta (30) días, a menos que la ausencia se deba a circunstancias fuera de su control y nos haya notificado por escrito; o
- Usted y/o su familia/cuidador no siguen sistemáticamente las instrucciones de su plan de atención y/o los términos de su acuerdo de inscripción, lo que amenaza su salud y seguridad; o
- Su comportamiento amenaza la salud y la seguridad de los demás; o
- Usted no paga o no ha llegado a un acuerdo de alguna manera para pagar el dinero adeudado a Hope PACE después del período de gracia de treinta (30) días; o
- Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el nivel de atención de un hogar de ancianos; o
- Hope PACE pierde el contrato con Medicare y/o Medicaid y/o las licencias que permiten brindar servicios de atención médica.

La fecha de entrada en vigor de todos los derechos a las prestaciones finalizará a la medianoche del último día del mes siguiente al final del período de notificación de treinta (30) días. Debe utilizar los servicios de Hope PACE hasta que su tiempo de

licencia sea oficial.

Ya sea que su cancelación de inscripción sea voluntaria o involuntaria, Hope PACE hará todo lo posible para asegurarse de que reciba atención para los servicios en otros programas de Medicare y Medicaid para los que sea elegible. Trabajaremos con las agencias de Medicare y Medicaid haciendo que sus registros médicos estén disponibles para sus nuevos proveedores de atención de manera oportuna.

Si tenía cobertura de atención médica adicional a través de una póliza Medigap, puede ser elegible para volver a solicitar esa póliza cuando se dé de baja de Hope PACE. Te ayudaremos con este proceso.

Usted tiene derecho a una audiencia justa cada vez que se nieguen, reduzcan o cancelen los servicios. Espero que PACE no pueda quitarle sus beneficios hasta que el Estado tome su decisión.

15. Disposiciones de renovación

Si decide dejar Hope PACE (voluntariamente), puede volver a ingresar si vuelve a presentar la solicitud; sin embargo, aún debe cumplir con los requisitos de elegibilidad. Si se retira involuntariamente porque no pagó su factura mensual, puede volver a inscribirse simplemente pagando la factura. Sin embargo, debe realizar este pago antes de que finalice el último mes en el que pueda obtener cualquier servicio de Hope PACE o es posible que deba comenzar el proceso de solicitud nuevamente. Si paga su factura a tiempo, su cobertura comenzará a partir del primer día del mes siguiente.

16. Declaración de confidencialidad

En Hope PACE, respetaremos su privacidad con respecto a la información sobre su salud y protegeremos la información que lo identifique junto con su condición médica. Cualquier proveedor contratado que lo cuide también debe proteger y respetar su privacidad con respecto a su información de salud como parte de su acuerdo con nosotros.

Sus registros médicos solo se entregarán a aquellos que estén autorizados a recibirlos. Esto incluirá las divulgaciones necesarias que resulten de órdenes judiciales y cualquier ley estatal o federal.

Debido a que Hope PACE reconoce sus derechos de privacidad, también 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 de Cuidado Integral para Ancianos operado en los condados de Charlotte, Collier y Lee. Este es un programa certificado bajo Medicare y Medicaid para brindar atención médica y relacionada con la salud a las personas mayores que viven en el área de servicio. Esta atención es prepagada y se brinda a las personas que son elegibles para la atención en un hogar de ancianos. Las palabras "nosotros", "nuestro", "nos" también significan Hope PACE.

Hope PACE Doctor : significa un médico que trabaja para Hope PACE o que ha firmado un acuerdo con Hope PACE para proporcionar servicios de atención médica.

Beneficios y cobertura : se refiere a la salud y los servicios relacionados con la salud que le brindamos después de que firme el Acuerdo de inscripción. Usted debe firmar este acuerdo para ser un participante de Hope PACE. Estos servicios reemplazan la atención y los medicamentos que normalmente recibiría a través de Medicare y/o Medicaid. Esto se hace a través de un acuerdo especial entre Hope PACE, Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid (Agencia de la Administración de Atención Médica de Florida). Hope PACE le brinda los mismos beneficios que recibiría bajo Medicare/Medicaid. Para obtener cualquier beneficio de Hope PACE, debe cumplir con las condiciones que se encuentran en el Acuerdo de inscripción del participante.

Elegible para la atención en un hogar de ancianos - Significa que su condición de salud, que su equipo de atención interdisciplinaria de Hope PACE verifica, cumple con las reglas del estado de Florida para la colocación.

Hoja de firma del acuerdo de inscripción : es el formulario que debe firmar antes de poder ser participante de Hope PACE. Después de firmar este acuerdo, recibirá los servicios de Hope PACE hasta que finalice su inscripción y participación de manera voluntaria o involuntaria.

Condición médica de emergencia : es una condición médica que se manifiesta por condiciones agudas de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) de modo que una persona prudente, con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica resulte en lo siguiente: (1) peligro grave para su salud, (2) deterioro grave de la función corporal, o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Ejemplos de emergencias incluyen problemas para respirar, dolores en el pecho o sangrado que es difícil de detener.

Servicios de salud : servicios como atención médica, pruebas diagnósticas, equipos médicos, aparatos, medicamentos, prótesis y dispositivos ortopédicos, asesoramiento nutricional, enfermería, servicios sociales, terapias, odontología, optometría y audiología. Los servicios de salud se pueden brindar en el Centro Hope PACE o en el hogar. También se le pueden brindar estos servicios en los consultorios de personas especialmente capacitadas o en hospitales u hogares de ancianos que tienen acuerdos con Hope PACE para brindar servicios de atención médica a los participantes de Hope PACE.

Servicios relacionados con la salud: se refiere a los servicios que ayudan a Hope PACE a brindarle servicios de salud y a mantener su independencia. Dichos servicios incluyen cuidado personal, ama de casa/asistente de tareas, terapia recreativa, escolta, transporte, comidas a domicilio, administración financiera y ayuda con problemas de vivienda.

Servicios hospitalarios : se refiere a los servicios que se prestan habitualmente en los hospitales médico-quirúrgicos generales.

Cargo mensual: significa el monto que debe pagar, si se le requiere, el primer (1er) día de cada mes a Hope PACE para que pueda obtener beneficios como participante inscrito.

Hogar de ancianos : significa un centro de salud autorizado como hogar de ancianos por el estado de Florida.

Participante : se refiere a cualquier persona que sea elegible y haya firmado la hoja de firmas del Acuerdo de inscripción para recibir servicios de atención médica de Hope PACE. Las palabras "usted", "su" o "suyo" también significan participante.

Equipo de atención : significa el equipo profesional interdisciplinario de Hope PACE que está compuesto por un médico, un trabajador social, una enfermera registrada, un farmacéutico, un coordinador de atención domiciliaria, un fisioterapeuta, un terapeuta recreativo, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla, un coordinador de transporte y un dietista. Examinarán sus condiciones médicas, funcionales y psicosociales y desarrollarán un plan de tratamiento para brindarle la atención que necesita. Muchos de los servicios son prestados y supervisados por este equipo. Todos los servicios que reciba deben ser aprobados por un miembro de su Equipo de Atención Interdisciplinaria. De vez en cuando, su equipo se reunirá para hablar sobre sus necesidades, decidir si sus necesidades han cambiado y cambiar su plan de tratamiento para satisfacer estas necesidades.

Acuerdo de inscripción: significa el folleto que le informa sobre Hope PACE, quién es elegible para ser un participante, cómo inscribirse y cómo cancelar la inscripción, qué tipo de atención recibirá, cuáles son sus derechos y todas las demás reglas y requisitos de Hope PACE.

Área de servicio : condados de Charlotte, Collier y Lee

Ubicación del servicio : se refiere a cualquier ubicación en los condados de Charlotte, Collier o Lee donde un participante recibe servicios de salud o servicios relacionados con la salud que se enumeran en el Acuerdo de inscripción del participante.

Servicios de atención de urgencia : son servicios cubiertos que se brindan a un participante que se ausenta temporalmente del área de servicio de Hope PACE o, en algunas circunstancias, se brindan a un participante que se encuentra dentro del área de servicio pero que ni Hope PACE ni un proveedor contratado de Hope PACE están disponibles o accesibles. Y, cuando dichos servicios son necesarios y se requieren de inmediato como resultado de los síntomas de una enfermedad, lesión o condición imprevista en la que la persona común y corriente creería razonablemente que requeriría dicha atención inmediata.

Hope PACE®

A Chapters Health® Affiliate

Teléfono 239.985.6400

Línea gratuita 866.659.7223

Personas con discapacidad auditiva

800.995.8771 www.HopePACE.org

©Hope Healthcare rev. 5/2017