Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro   
plan FIDA

[Plans should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA? 2](#_Toc488855464)

[B. ¿Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA? 3](#_Toc488855465)

[C. ¿Cómo inscribirse en otro Plan FIDA? 3](#_Toc488855466)

[D. Si deja de participar en nuestro Plan FIDA y no quiere otro Plan FIDA ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid en un sólo plan? 4](#_Toc488855467)

[E. Si deja de participar en nuestro Plan FIDA y no quiere otro Plan FIDA, PACE, o MAP ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid? 4](#_Toc488855468)

[Cómo recibirá los servicios de Medicare 4](#_Toc488855469)

[Cómo recibirá los servicios de Medicaid 6](#_Toc488855470)

[F. Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro Plan FIDA hasta que termine su participación 7](#_Toc488855471)

[G. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación (incluso si usted no ha pedido que terminara) 7](#_Toc488855472)

[H. Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro Plan FIDA por ningún motivo relativo a su salud 9](#_Toc488855473)

[I. Usted puede tener derecho a pedir una audiencia imparcial si el Programa FIDA termina su participación en nuestro Plan FIDA 9](#_Toc488855474)

[J. Usted tiene derecho a presentar una queja con <plan name> si le pedimos al Programa FIDA que termine su participación en nuestro Plan FIDA 9](#_Toc488855475)

[K. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA? 10](#_Toc488855476)

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA y cómo acceder a sus opciones de cobertura de salud de Medicare y Medicaid después de dejar <plan name>. Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Medicaid, siempre que sea elegible.

# ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA?

Usted puede terminar su participación en <plan name> en cualquier momento. Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 25 de enero, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.

* Lea la tabla de la página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para información sobre las opciones de Medicare cuando deje <plan name>.
* Lea la página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para información sobre las opciones de Medicaid cuando deje <plan name>.

Éstas son algunas maneras de obtener más información sobre cuándo usted puede terminar su participación:

* Llame al Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm y los sábados de 10:00 am a 6:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.
* Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP). El número de teléfono de HIICAP es 1-800-701-0501.
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información y ayuda gratuita para resolver cualquier problema que usted pueda tener con nuestro plan FIDA. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)

# ¿Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA?

Si decide terminar su participación en <plan name>, llame al Agente de inscripción o diga a Medicare que quiere dejar <plan name>:

* Llame al Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm y los sábados de 10:00 am a 6:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541; ***o***
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios   
  de Medicare cuando termine su participación en <plan name> en la tabla de la página <page number>.

# ¿Cómo inscribirse en otro Plan FIDA?

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro Plan FIDA.

Para inscribirse en otro plan FIDA:

* Llame al Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm y los sábados de 10:00 am a 6:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541. Dígale al Agente de inscripción que desea dejar <plan name> e inscribirse en un plan de FIDA diferente. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, el Agente de inscripción le puede explicar sobre otros planes que hay en su área; ***o***
* Si usted sabe el nombre del Plan FIDA en el que quiere inscribirse, envíele al Agente de inscripción un Formulario de cambio de inscripción. Usted puede obtener el formulario en http://www.nymedicaidchoice.com o llamando al Agente de inscripción al 1-855-600-FIDA, si necesita que le envíen uno por correo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.

Su cobertura con <plan name> terminará el último día del mes en que recibimos su solicitud de cambio. Su cobertura con el nuevo Plan FIDA que usted eligió comenzará el primer día del siguiente mes.

# Si deja de participar en nuestro Plan FIDA y no quiere otro Plan FIDA ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid en un sólo plan?

Si usted deja <plan name> y quiere seguir recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid juntos en un sólo plan, es probable que usted pueda inscribirse en el Programa de cobertura total de salud para personas de la tercera edad (PACE) o el Programa de Medicaid Advantage Plus (MAP).

Para inscribirse en PACE o MAP:

* Llame al Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm y los sábados de 10:00 am a 6:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541. Dígale al Agente de inscripción que desea dejar <plan name> e inscribirse en PACE o MAP. Si no está seguro en qué Plan de PACE o MAP Plan quiere inscribirse, el Agente de inscripción le puede explicar sobre otros planes que hay en su área.

# Si deja de participar en nuestro Plan FIDA y no quiere otro Plan FIDA, PACE, o MAP ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medicaid?

Si no quiere inscribirse en otro plan de FIDA, PACE, o MAP después de dejar de   
participar en <plan name>, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid   
por separado como se explica abajo.

## Cómo recibirá los servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener su servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en <plan name>.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse, solamente, en el plan de salud nuevo de Medicare.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Program de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Program de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de receta por separado**  **NOTA**: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Program de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Program de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare. |

## Cómo recibirá los servicios de Medicaid

Si usted deja el Plan de FIDA, usted podrá seguir recibiendo los servicios de Medicaid.

* Usted tendrá la oportunidad de cambiar a un plan de Administración de cuidados a largo plazo de Medicaid, para los servicios y soportes a largo plazo y para recibir sus servicios de cuidados físicos y de salud del comportamiento de Medicaid, a través del servicio de pago-por-servicio de Medicaid. Usted puede elegir para dejar de recibir servicios y soportes a largo plazo y apoyo. Sin embargo, esto puede alargar el proceso de cancelar la inscripción.
* Si usted elige dejar de recibir servicios y soportes a largo plazo por completo, tenemos que asegurarnos que usted va a estar bien sin recibir estos servicios. Para hacer eso, haremos un proceso seguro para cancelar su inscripción. Este puede tomar varias semanas desde la fecha en que nos diga que quiere dejar los servicios y soportes a largo plazo. Durante este tiempo usted estará inscripto en un plan de Administración de cuidados a largo plazo de Medicaid, administrado por la misma compañía que administra <plan name>. Su solicitud de cambio en su cobertura de Medicare no será retrasada y entrará en efecto el primer día del mes siguiente al que usted pidió el cambio.
* Si usted está recibiendo servicios a través de la exención de Nursing Home Transition & Diversion 1915(c) antes de inscribirse en un Plan FIDA, usted tendrá la oportunidad de volver a solicitar para la exención de Nursing Home Transition & Diversion 1915(c). Usted seguirá recibiendo los servicios que está recibiendo a través de Nursing Home Transition & Diversion a través de <plan name> o tendrá que inscribirse en un plan de Administración de cuidados a largo plazo de Medicaid para recibir sus servicios de Medicaid hasta que su solicitud de exención con el Nursing Home Transition & Diversion 1915(c) sea aprobada. El Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) le puede ayudar con su solicitud.
* Usted recibirá una nueva Tarjeta de identificación del Participante de Medicaid, un nuevo *Manual del participante*, y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias*.

# Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro Plan FIDA hasta que termine su participación

Si usted deja <plan name>, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid. Lea la página <page number> para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios, artículos y medicamentos a través de<plan name>.

* **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red [insert if applicable:including through our mail-order pharmacy services].
* **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

# Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación (incluso si usted no ha pedido que terminara)

Estos son los casos en los que las reglas del Programa FIDA deciden terminar su participación en el plan:

* Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
* Si usted ya no es elegible para Medicaid.
* Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses seguidos. [Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when Participants must be disenrolled from the plan.]
* Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al participante para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de <plan name>.
* [Plans with visitor/traveler benefits, insert: Lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para buscar información sobre cómo obtener cuidado cuando esté fuera del área de servicio a través de los beneficios de visitante/viajero de nuestro plan.]
* Si va a la cárcel, prisión o a un establecimiento penitenciario por un delito criminal.
* Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para sus cuidados de salud o medicamentos de receta.
* Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser Participante de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir como Participante en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

En cualquiera de estas situaciones, el Agente de inscripción (New York Medicaid Choice) le enviará una carta para avisarle que su participación terminará y estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

También, podemos pedir que el Plan FIDA termine su participación en <plan name> por los siguientes motivos:

* Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en <plan name> y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
* Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y a otros Participantes de <plan name> incluso después de hacer y documentar nuestros esfuerzos para resolver los problemas que pueda tener.
* Si a sabiendas, usted no completa y envía los consentimientos o formularios de autorización que permiten que <plan name> y los proveedores tengan acceso a la información de cuidados de salud y servicios necesarios para poder darle buena atención médica.
* Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de participante para obtener cuidados médicos.
* Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector general investigue su caso.

En cualquiera de estas situaciones, le avisaremos nuestra preocupación antes de pedir que el Programa FIDA apruebe cancelar su participación en <plan name>. Lo haremos para que tenga la oportunidad de resolver los problemas. Si no se resuelven los problemas, le avisaremos otra vez, una vez que presentemos nuestra solicitud. Si el Programa FIDA aprueba nuestra solicitud, usted recibirá una carta cancelando su participación. El Agente de inscripción estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

# Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro Plan FIDA por ningún motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar <plan name> por algún motivo relativo a su salud, usted deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted también deberá llamar a Medicaid al 1-800-541-2831.

# Usted puede tener derecho a pedir una audiencia imparcial si el Programa FIDA termina su participación en nuestro Plan FIDA

Si el Programa FIDA termina su participación en <plan name>, el Programa FIDA debe darle por escrito sus motivos. También debe explicarle cómo puede pedir una audiencia imparcial sobre la decisión de terminar su participación.

# Usted tiene derecho a presentar una queja con <plan name> si le pedimos al Programa FIDA que termine su participación en nuestro Plan FIDA

Si le pedimos al Programa FIDA que termine su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos por hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] la información sobre cómo presentar una queja.

* **Nota:** Usted puede utilizar el proceso de quejas para expresar su desacuerdo con nuestra solicitud de terminar su participación. Sin embargo, si usted quiere pedir que cambiemos la decisión, usted debe solicitar una audiencia parcial, cómo se explica en la Sección I arriba.

# ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA?

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, usted puede llamar a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY llamen al <TTY number>.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información gratuita y ayuda sobre cualquier problema que pueda tener con nuestro Plan FIDA. Para comunicarse con ICAN, llame al número gratuito 1-844-614-8800 o en internet en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)