Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y los de Medi-Cal, siempre que sea elegible. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[**Note: This version of Chapter 10 should be used by COHS plans**.]

[Plans should refer members 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.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Cuándo usted puede terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect 3](#_Toc14165995)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect 4](#_Toc14165996)

[C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 5](#_Toc14165997)

[C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 5](#_Toc14165998)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medi-Cal 7](#_Toc14165999)

[D. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 8](#_Toc14166000)

[E. Otras circunstancias cuando terminará su participación 8](#_Toc14166001)

[F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relativo a su salud 9](#_Toc14166002)

[G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 10](#_Toc14166003)

[H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 10](#_Toc14166004)

A. Cuándo usted puede terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect

[*Plans in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible members (duals SEP) insert:* Usted puede terminar su participación en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan de Medicare Advantage o al cambiarse a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the duals SEP effective 2020, insert:* La mayoría de las personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Ya que usted tiene Medi-Cal, podría terminar su participación en nuestro plan o cambiarse de plan una vez durante cada de los siguientes **Periodos especiales de inscripción**:

* Enero a marzo
* Abril a junio
* Julio a septiembre

Además de estos tres Periodos especiales de inscripción, usted podría terminar su participación en nuestro plan durante los siguientes periodos:

* El **Periodo de inscripción anual,** el cual dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted escoge un plan nuevo durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el plan nuevo empezará el 1 de enero.
* El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, el cual dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si escoge un plan nuevo durante este periodo, su participación en el plan nuevo empezará el primer día del siguiente mes.

Pueden haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su participación. Por ejemplo, cuando:

* Medicare o el estado de California lo ha inscrito en un plan de Cal MediConnect,
* Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional ha cambiado,
* Usted está recibiendo cuidado en una institución de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Se ha mudado.]

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 18 de enero, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (el 1º de febrero, en este ejemplo).

Cuando termine su participación en Cal MediConnect, usted continuará inscrito en [insert sponsor name] para sus servicios de Medi-Cal. Usted puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando termine su participación en nuestro plan Cal MediConnect.

Si deja nuestro plan, puede obtener más información sobre sus:

* Opciones de Medicare en la tabla de la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].
* Los servicios de Medi-Cal en la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

Usted puede obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación llamando a(l):

* Servicios al Miembro al <phone number>.
* Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP, por sus siglas en inglés), Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
* Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
* 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.

**NOTA**: Si usted está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. Cómo terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect

Si decide terminar su participación en <plan name>:

* Llame a Servicios al miembro al <phone number>, o
* 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 (las personas con dificultades auditivas o del habla) 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 nuestro plan en la tabla de la página <page number>.

C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si deja de participar en <plan name> y no se envuelve en un plan de Medicare Advantage, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

## C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Usted 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 nuestro plan Cal MediConnect.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare como el plan Medicare Advantage o, si usted cumple los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE en inglés)** | **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 consultas con respecto a PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original 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 Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta por separado**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original 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.  Solamente debe abandonar su cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>. | **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 Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. |

## C2. Cómo recibir sus servicios de Medi-Cal

Si usted deja nuestro plan Cal MediConnect, usted continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través [insert sponsor name].

Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y soporte a largo plazo y los servicios de cuidado de salud del comportamiento. [Plans may add the specific Medi-Cal services they provide.]

Cuando usted termine su participación con nuestro plan de Cal MediConnect, usted recibirá una nueva Tarjeta de identificación de miembro, un nuevo *Manual del miembro*, y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura de Medi-Cal.

D. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan 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 Medi-Cal. Lea la página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

* **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: incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo].
* **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan Cal MediConnect hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

E. Otras circunstancias cuando terminará su participación

Estos son los casos en los que <plan name> deberá 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 Medi-Cal. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medi-Cal. [Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements.]
* Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. [Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan.]
* Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al miembro para verificar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
* [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 está en la cárcel o en prisión por algún delito criminal.
* Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para 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 miembro de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para quedarse en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

[Plans offering deemed continued eligibility, insert the following:

Si usted ya no es elegible para Medi-Cal o si cambian sus circunstancias de manera que ya no sea elegible para Cal MediConnect, usted puede seguir recibiendo sus beneficios de <plan name> por un período adicional de [insert as applicable: un mes or dos meses]. Este tiempo adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si le parece que todavía es elegible. Usted recibirá una carta de nosotros sobre el cambio a su elegibilidad, con las instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

* Para seguir siendo miembro de <plan name>, usted deberá cumplir con los requisitos a más tardar el último día del período de [insert as applicable: un mes or dos meses].
* Si usted no cumple con los requisitos a más tardar al final del período de [insert as applicable: un mes or dos meses], se cancelará su inscripción en <plan name>.]

Podremos hacer que usted deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medi-Cal:

* Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan 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 otros miembros de nuestro plan.
* Si deja que otra persona use su Tarjeta de identificación de miembro para obtener cuidados médicos.
* Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector general investigue su caso.

F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted deberá **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, 7 días de la semana.

Usted también debe **llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan Cal MediConnect, debemos darle por escrito nuestros motivos por hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar un reclamo o 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.

H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación en Cal MediConnect, usted puede:

* Llamar a Servicios al miembro al <phone number>.
* Llamar al Programa de consejería y apoyo para seguros de salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Para encontrar más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, por favor visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
* Llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
* Llamar 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.