Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

**Introducción**

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD (por sus siglas en inglés) 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. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “see Chapter 9, Section A.” An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*The plan 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 FIDA-IDD 3](#_Toc48642121)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 4](#_Toc48642122)

[C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado si deja nuestro plan 5](#_Toc48642123)

[C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 5](#_Toc48642124)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 7](#_Toc48642125)

[D. Si usted estaba recibiendo servicios a través del Programa de Excepción OPWDD Comprensiva antes de inscribirse en el Plan FIDA‑IDD 7](#_Toc48642126)

[E. Otras circunstancias cuando su participación el en Programa FIDA-IDD terminará 7](#_Toc48642127)

[F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro Plan FIDA-IDD por cualquier motivo relacionado a su salud 9](#_Toc48642128)

[G. Su derecho a pedir una audiencia imparcial si el programa FIDA-IDD termina su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 9](#_Toc48642129)

[H. Su derecho a presentar un reclamo con <plan name> si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 9](#_Toc48642130)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 10](#_Toc48642131)

# A. Cuándo usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

[*A plan in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible Participants (duals SEP) inserts:* Usted puede terminar su participación en <plan name> de Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año.]

[*A plan in states that implement the dual-elegible* individual and other LIS-eligible individual quarterly *SEP effective 2021, inserts:* Muchas personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertos tiempos del año. Ya que usted tiene Medicaid, puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse de plan una vez durante cada de los siguientes **Periodos de inscripción especiales**:

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

Además de estos tres Periodos de Inscripción Especiales, puede 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 escoge un plan nuevo durante este periodo, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el plan nuevo comenzará el 1 de enero.
* El **Periodo de inscripción abierta para 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 comenzará el primer día del mes siguiente.

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

* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda adicional haya cambiado,
* Usted esté recibiendo cuidado en un hogar para personas de la tercera edad o un hospital de cuidados a largo plazo, **o**
* Se haya mudado fuera de nuestra área de servicio.]

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 cancelar el <plan name>. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 25 de junio, su cobertura con nuestro plan terminará el 30 de junio. Su cobertura de Medicaid y Medicare comenzará el primer día del mes siguiente (el 1º de julio, en este ejemplo). Si re retira de nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

* Opciones de Medicare en la tabla de la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].
* Opciones de Medicaid en la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].

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

* New York Medicaid Choice al 1-844-343-2433, 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.
* Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP al 1‑800-701-0501). [*TTY phone number is optional.*]
* 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.

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

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

# B. Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Si decide terminar su participación en <plan name>, llame a New York Medicaid o diga a Medicare que quiere dejar <plan name>:

* Llame a New York Medicaid Choice al 1-844-343-2433, 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 del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben 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>.

# C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado si deja nuestro plan

Usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado como se explica abajo.

## C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus 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 o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE, por sus siglas 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.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la 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 información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de 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 de 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 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 Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |

## C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

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

* Usted recibirá sus servicios y respaldos a largo plazo y sus servicios de cuidados físicos y de salud del comportamiento de Medicaid, a través del servicio de pago-por-servicio de Medicaid.
* Usted puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicaid.

# D. Si usted estaba recibiendo servicios a través del Programa de Excepción OPWDD Comprensiva antes de inscribirse en el Plan FIDA‑IDD

Si estaba recibiendo servicios a través del Programa de Excepción OPWDD Comprensiva antes de inscribirse en el Plan FIDA-IDD, usted seguirá recibiendo servicios de excepción de OPWDD al cancelar su inscripción en nuestro plan.

Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos, de salud del comportamiento, servicios de excepción de OPWDD (si está inscrito en el Programa de Excepción de OPWDD Comprensiva) y medicamentos a través de nuestro Plan FIDA-IDD, hasta cuando termine su participación.

Como se describe anteriormente, si decide dejar <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> [*plan may insert reference, as applicable*] para obtener más información. Durante este periodo de tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios, artículos y medicamentos a través de<plan name>.

* **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.

# E. Otras circunstancias cuando su participación el en Programa FIDA-IDD terminará

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

* Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
* 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. [If the plan has visitor/traveler benefits, 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 verificar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de <plan name>.
* [If the plan has visitor/traveler benefits, insert: Lea el Capítulo 4 [plan 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 o prisión por algún 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 de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir como participante en estas condiciones. Debemos desafiliarlo si usted no cumple con este requisito.

En cualquiera de estas situaciones, New York Medicaid Choice le enviará una carta de desafiliación y estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

Asimismo, podemos solicitar al Programa FIDA-IDD que lo retire de <nombre del plan> por los siguientes motivos:

* Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en <nombre del plan> y si esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
* Si usted se comporta continuamente de forma que interfiere y dificulta la provisión de atención médica y de otro tipo para usted y otros participantes de <nombre del plan> incluso después de realizar y documentar nuestros esfuerzos por resolver los problemas que usted pueda tener.
* Si a sabiendas no completa y presenta los formularios necesarios de consentimiento o exención de responsabilidad para autorizar a <nombre del plan> y a los proveedores a acceder a la información de atención y servicio médico necesaria para brindarle atención.
* Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de participante para recibir atención médica y de otro tipo
* 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-IDD apruebe su desafiliación de <plan name>. Lo haremos para que tenga la oportunidad de resolver estos problemas. Si no se resuelven los problemas, le avisaremos otra vez, una vez que presentemos nuestra solicitud. Si el Programa FIDA-IDD aprueba nuestra solicitud, usted recibirá una carta de desafiliación. New York Medicaid Choice estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

# F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro Plan FIDA-IDD por cualquier motivo relacionado a su salud

Si le parece que le estamos pidiendo 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 del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también deberá llamar a Medicaid al 1-800-541-2831.

# G. Su derecho a pedir una audiencia imparcial si el programa FIDA-IDD termina su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

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

# H. Su derecho a presentar un reclamo con <plan name> si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro plan, 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 leer en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] la información sobre cómo presentar un reclamo.

* **Nota:** Usted puede utilizar el proceso de reclamos 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 G arriba.

# I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

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 deben llamar al <TTY number>.

ICAN también puede darle información gratuita y ayuda sobre cualquier problema que pueda tener con nuestro Plan FIDA-IDD. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800).