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 abandona nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible para ello. Los 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, "refer to Chapter 9, Section A, page 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 contenidos

[A. Cuándo usted puede terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect 2](#_Toc77091314)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan Cal MediConnect 3](#_Toc77091315)

[C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 4](#_Toc77091316)

[C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 4](#_Toc77091317)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medi-Cal 6](#_Toc77091318)

[D. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 6](#_Toc77091319)

[E. Otras circunstancias en las que terminará su participación 7](#_Toc77091320)

[F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relativo a su salud 8](#_Toc77091321)

[G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 9](#_Toc77091322)

[H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 9](#_Toc77091323)

# 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 el plan en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage o al cambarse a Medicare Original.]

[Plans in states that implement the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2022, insert: La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden terminar su participación solo en determinados períodos del año. Como miembro de Medi-Cal, usted puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción**:

De enero a marzo

De abril a junio

De julio a septiembre

Además de en estos tres Períodos especiales de inscripción, usted también puede poner fin a su participación en nuestro plan durante los siguientes períodos:

El **período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.

El **período de inscripción abierta para Medicare Advantage**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el día 1 del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que se le permita hacer un cambio de inscripción. Por ejemplo, si:

Medicare o el estado de California lo inscribieron en un plan Cal MediConnect,

Usted ya no cumple los requisitos para Medi-Cal o Ayuda adicional,

Usted recibe cuidados en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital de cuidado a largo plazo, **o**

Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su petición de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (el 1 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. 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].

Puede obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación llamando a:

Servicios al miembro al <phone number>.

Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California, 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 obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](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). Disponible las 24 horas del día, los 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. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

# 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>.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden 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 el cuadro de la página <page number>.

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

Si usted abandona <plan name> y no se inscribe en otro plan Medicare Advantage, volverá a recibir los 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 sus 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 un plan Medicare Advantage, o, si cumple los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE).** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Por consultas sobre el PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California 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 obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](https://www.aging.ca.gov/HICAP/).   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 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 asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California 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 obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](https://www.aging.ca.gov/HICAP/).   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  No se quede sin cobertura de medicamentos de receta, a menos que disponga ya de dicha cobertura a través de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/). | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 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 asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California 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 obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](https://www.aging.ca.gov/HICAP/).   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

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

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de [insert sponsor name].

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

Cuando termine su participación en nuestro plan Cal MediConnect, 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.

# 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. Consulte 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 nuestras farmacias de la 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.

# Otras circunstancias en las que 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 la Parte A y la Parte B de Medicare.

Si usted ya no cumple con los requisitos 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 se encuentra 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 para hacer un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al miembro para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
* [Plans with visitor/traveler benefits, insert: Consulte 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 de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no cumple con los requisitos 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 cumple con los requisitos para Medi-Cal o si cambian sus circunstancias de manera que ya no cumple con los requisitos para Cal MediConnect, puede seguir recibiendo sus beneficios de <plan name> por un período adicional de [insert as applicable: uno or dos] meses. Este tiempo adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si le parece que todavía cumple con los requisitos. Usted recibirá una carta de nosotros sobre el cambio en su elegibilidad, con las instrucciones para corregir su información relacionada con el cumplimiento de los requisitos.

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: uno or dos] meses.

Si usted no cumple con los requisitos a más tardar al final del período de [insert as applicable: uno or dos] meses, se cancelará su inscripción a <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 sus requisitos para cumplir con 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 alguien más 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.

# 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 deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días de la semana.

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.

# 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 para hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. También puede consultar en el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] la información sobre cómo presentar una queja.

# 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:

Puede llamar a Servicios al miembro al <phone number>.

Puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California 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 obtener más información o buscar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

Llame 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.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.