Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo describe cuándo y cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si abandona nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y Medicaid, 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*.

[Plans should edit this chapter as needed if the plan can continue to provide Medicaid coverage when the member disenrolls from the Medicare plan or if the member is required to belong to a health plan to get Medicaid benefits.]

[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 puede usted terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid 3](#_Toc137492002)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 4](#_Toc137492003)

[C. Cómo inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid 5](#_Toc137492004)

[D. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado 6](#_Toc137492005)

[D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 6](#_Toc137492006)

[D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 8](#_Toc137492007)

[E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 9](#_Toc137492008)

[F. Otras circunstancias en las que terminará su participación 9](#_Toc137492009)

[G. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 11](#_Toc137492010)

[H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 11](#_Toc137492011)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 11](#_Toc137492012)

# Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

[*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 <plan name> Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage o de Medicare-Medicaid, o volviendo a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the* dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly *SEP effective 2019, insert:* La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden terminar su participación solo en determinados períodos del año. Como miembro de Medicaid, 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 <name of State> lo han inscrito en un Plan Medicare-Medicaid,
* Usted ya no cumple los requisitos para Medicaid o Ayuda adicional,
* Usted se ha mudado hace poco, actualmente está recibiendo cuidados en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital de cuidado a largo plazo, o se acaba de mudar de alguna de esas instituciones, **o**
* Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Si quiere volver a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado:

* Su participación terminará el último día del mes en el que Servicios de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciban su pedido de cambio del plan. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si Servicios de inscripción de clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 1.º de febrero.

Si quiere cambiar a un plan de Medicare-Medicaid diferente:

* Si usted pidió cambiar de plan antes del día 18 del mes, su participación terminará el último día de ese mismo mes. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido el 6 de agosto, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1.º de septiembre.
* Si usted pidió cambiar de plan después del día 18 del mes, su participación terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente a ése. Por ejemplo, si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido el 24 de agosto, su cobertura en el plan nuevo comenzará el 1.º de octubre.

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

* Opciones de Medicare en el cuadro de la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].
* Servicios de Medicaid en la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

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

* Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 6 p.m, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
* Programa de seguro de salud para adultos mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
* 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 administración de medicamentos.

# Cómo terminar su participación en nuestro plan

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

* Llame a Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576; **O**
* 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 inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro plan Medicare-Medicaid. [*Plans in states that implement the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2019, insert:* Usted puede terminar su participación en nuestro plan durante ciertas épocas del año, conocidas como Períodos de inscripción especiales. En ciertos casos, usted puede cumplir los requisitos para dejar el plan en otros periodos del año. Consulte la Sección A para obtener más información sobre **cuándo puede unirse a un nuevo plan**.]

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

* + Llame a Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que quiere abandonar <plan name> y unirse a un Plan Medicare-Medicaid diferente. Si no sabe a qué plan quiere unirse, le informarán sobre otros planes en su área.
  + [*Plans in states that continue to implement a continuous duals SEP insert:* Si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido antes del día 18 del mes, su cobertura de <plan name> terminará el último día de ese mismo mes. Si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido después del día 18 del mes, su cobertura de <plan name> terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A arriba para obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación.]
  + [*Plans in states that implement the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2019, insert:* Si usted es elegible para un Período de inscripción especial y Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido antes del 18 del mes, su cobertura de <plan name> terminará el último día de ese mismo mes. Si Servicios de inscripción de clientes de Illinois recibe su pedido después del día 18 del mes, su cobertura de <plan name> terminará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A arriba para obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación.]

# Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid después de abandonar <plan name>, usted volverá a recibir los servicios de Medicare Medicaid por separado.

## D1. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 (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.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   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 seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   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 seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1‑800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. | **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 seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

## D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

[***If MLTSS is not an option*** *in the member’s county, plans must include the following language:* Si usted abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio.]

[***If MLTSS******is an option*** *in the member’s county, plans must include the following language:* Si usted abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Si usted no está en un centro de enfermería ni inscrito en un programa de excepción de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS), obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio. Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si usted está en un centro de enfermería o inscrito en un programa de excepción de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a los Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que quiere abandonar <plan name> y unirse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.]

[All plans with a CY 2024 MLTSS contract must include the following language **if MLTSS is an option** in the member’s county: Si usted no elige un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se lo asignará al plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía.]

[All plans without a CY 2024 MLTSS contract must include the following language **if MLTSS** **is an option** in the member’s county: Si usted no elige un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se le asignará el plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de otra compañía. <Plan name> no tiene un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.]

Después de que inscribirse en un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá un plazo de 90 días para cambiarse a otro plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un Manual del miembro nuevo e [*insert if applicable:* información sobre cómo acceder al ***or***un nuevo] Directorio de proveedores y farmacias de su plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

# 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 Medicaid. Durante este período, podrá seguir obteniendo sus medicamentos de receta y cuidados de salud a través de nuestro plan.

* Use nuestra red de proveedores para recibir atención médica**.**
* **Usted deberá usar nuestras farmacias de la red** [insert if applicable: incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo] **para surtir sus recetas**.
* **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación en <plan name>, 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.

# 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 es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid. [Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements. Explain deemed continuous eligibility, if applicable.]
* 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 lo encarcelan.
* 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 con estas condiciones.
* Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

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

* 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 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. Usted debe llamar también a la Línea urgente de beneficios médicos del Departamento de Cuidados de Salud y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

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

Si terminamos 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. 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, usted puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number>.