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

Introducción

Este capítulo describe cuándo y cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si deja nuestro plan, usted seguirá siendo en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando usted sea elegible. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plan 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.]

[Plan 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[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 puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid 2](#_Toc47083629)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 3](#_Toc47083630)

[C. Cómo recibir otros servicios de Medicare y Medicaid por separado 3](#_Toc47083631)

[C1. Maneras de recibir servicios de Medicare 4](#_Toc47083632)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 6](#_Toc47083633)

[D. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 6](#_Toc47083634)

[E. Otras circunstancias cuando termina su participación 6](#_Toc47083635)

[F. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 7](#_Toc47083636)

[G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 8](#_Toc47083637)

[H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 8](#_Toc47083638)

A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid

[*If the plan’s state continues to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible members (duals SEP) insert:* Usted puede terminar su participación en <plan name> de Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año al inscribise en otro plan Medicare Advantage o cambiarse a Medicare Original.]

[*If the plan’s state implements the* dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly *SEP effective 2021, insert:* 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 **Períodos de inscripción especiales**:

* enero a marzo
* abril a junio
* julio a septiembre

Además de estos tres Períodos de inscripción especiales, puede terminar su participación en nuestro plan durante los siguientes períodos:

* 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 empezará 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 empezará 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:

* Medicare o <name of State> lo haya inscrito en nuestro plan de Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda adicional haya cambiado,
* Usted esté recibiendo cuidado en un centro de enfermería o un hospital de cuidado a largo plazo, **o**
* Se haya mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su pedido 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 1 de febrero, en este ejemplo). Si deja nuestro plan, puede obtener más información sobre sus:

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

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

* La Línea de Inscripción de Medicare-Medicaid al 1-844-602-3469, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Programa del estado de asistencia de seguro de salud (SHIP), The POINT, al 1-401-462-4444 (TTY 711).
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 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

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

* Llame a la Línea de Inscripción de Medicare-Medicaid al 1-844-602-3469, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711; **O**
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades auditivas o del habla) 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 nuestro plan, en el cuadro de la página <page number>.

C. Cómo recibir otros servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si deja <plan name>, usted volverá a tener sus servicios de Medicare y Medicaid, por separado.

## C1. Maneras de recibir 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 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 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el plan de salud nuevo solamente de Medicare.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos lo enviarán al consejero del Programa del estado de asistencia de seguro de salud (SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original conun 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos lo enviarán al consejero del Programa del estado de asistencia de seguro de salud (SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sinun 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 a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos lo enviarán al consejero del Programa del estado de asistencia de seguro de salud (SHIP). | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), 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 a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos lo enviarán al consejero del Programa del estado de asistencia de seguro de salud (SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare Original. |

## C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Si usted deja el plan de Medicare-Medicaid, usted recibirá sus servicios de Medicaid directamente a través de la cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los servicios de cuidado de salud del comportamiento. [Plan may add the specific Medicaid services they provide.]

D. Siga recibiendo sus servicios médicos y 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. Lea la página <page number> [plan 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 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 termina 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. [Plan 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. [Plan 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 averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
* [Plan with 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 por una ofensa criminal.
* Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
* Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

Usted necesita ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. Con respecto a esto, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si usted no es elegible para pertenecer a nuestro plan. Si usted no cumple con este requisito, debemos terminar su inscripción.

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

* Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y a 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.

F. Reglas contra 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 del día, los 7 días de la semana. Usted debe llamar también a Medicaid. [Plan should insert Medicaid contact information.]

G. 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. Usted también puede leer en el Capítulo 9 [plan 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, usted puede llamar Servicio al miembro al <toll-free number>.