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*.

[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, "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. Plan de Medicare-Medicaid 3](#_Toc517695943)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 5](#_Toc517695944)

[C. Cómo inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid 5](#_Toc517695945)

[D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado 6](#_Toc517695946)

[D1. Maneras de obtener sus servicios de Medicare 6](#_Toc517695947)

[D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid 9](#_Toc517695948)

[E. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 9](#_Toc517695949)

[F. Otras circunstancias en que terminará su participación 10](#_Toc517695950)

[G. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 11](#_Toc517695951)

[H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 11](#_Toc517695952)

[K. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 11](#_Toc517695953)

A. Plan de Medicare-Medicaid

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

[*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, 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 <insert 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 una institución de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Se haya mudado.]

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

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

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

* Si usted pidió cambiar de planes 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 1º de septiembre.
* Si usted pidió cambiar de planes 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 1º de octubre.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

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

Usted puede obtener más 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 7 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), las 24 horas del día, los siete 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 inscribirse en otro 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 Servicios de inscripción al cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576; O
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades para oír o hablar) 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 el cuadro de la página <page number>.

C. Cómo inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un sólo plan, usted puede unirse a otro Plan de Medicare-Medicaid. [*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* Puede terminar su participación en nuestro plan durante ciertos tiempos del año, llamados Períodos de inscripción especiales. En ciertas situaciones, puede ser eligible para dejar nuestro plan durante otros tiempos del año. Lea la Sección A para más información sobre **cuándo puede unirse a un nuevo plan**].

Para inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid:

* Llame a Servicios de inscripción al cliente de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a   
  7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que desea dejar <plan name> e inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar sobre otros planes que hay 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. Vea la Sección A arriba para obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación.]
  + [*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* Si usted es eligible para un Período de inscripción especial y Illinois Client Enrollment Services recibe su pedido antes del 18 del mes, su cobertura con <plan name> terminará el último día de ese mismo mes. Si Illinois Client Enrollment Services recibe su pedido después del 18 del mes, su cobertura con <plan name> terminará el último día del mes siguiente. Vea la Sección A arriba para obtener más información sobre cuándo puede finalizar su participación.]

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro Plan de Medicare y Medicaid después de dejar de participar en <plan name>, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Maneras de obtener sus 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 personas mayores (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 siete 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 al Programa de seguro de salud para adultos mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.   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, los siete 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 adultos mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.   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.  Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa de seguro de salud para adultos mayores (SHIP) al 1-800-548-9034. 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), las 24 horas del día, los siete 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 adultos mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de las 8:30 a.m. a las 5:00 p.m. lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare Original. |

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

[**If MLTSS** **is not** **an option** in the beneficiary’s county, plans must include the following language: Si usted deja el Plan de Medicare-Medicaid, usted recibirá sus servicios de Medicaid a través de cobro por servicio.]

[**If MLTSS** **is an option** in the beneficiary’s county, plans must include the following language: Si usted deja el Plan de Medicare-Medicaid, usted recibirá sus servicios de Medicaid a través de cobro por servicio o tendrá que unirse al programa de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois para recibir sus servicios de Medicaid.

Si usted no está en una institución de cuidados para personas mayores ni está inscrito en un programa de excepción de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), usted recibirá sus servicios a través de Medicaid con cobro por servicio. Usted puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si usted está en una institución de cuidados para personas mayores o está inscrito en un programa de excepción de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), usted tendrá que unirse al Programa de HealthChoice Illinois MLTSS para obtener sus servicios de Medicaid.

Para elegir un Plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS, usted puede llamar a Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que quiere dejar <plan name> y unirse a un Plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.

[All plans with a CY 2019 MLTSS contract must include the following language **if MLTSS is an option** in the beneficiary’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 HealthChoice Illinois MLTSS de nuestra compañía.]

[All plans without a CY 2019 MLTSS contract must include the following language **if MLTSS** **is an option** in the beneficiary’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 HealthChoice Illinois MLTSS de una compañía diferente. <Plan name> no tiene un plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.]

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

Usted recibirá una Tarjeta nueva de identificación del miembro, un *Manual del miembro* nuevo y un *Directorio de proveedores y farmacias* nuevo de su Plan de salud de HealthChoice Illinois MLTSS.

E. 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> [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 hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

F. Otras circunstancias en 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 Medicare Parte A y Parte B.
* 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 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 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: 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 le 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 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.

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 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 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.

G. 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 deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, los siete días de la semana. Usted debe llamar también a la Línea urgente de beneficios médicos del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:45 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. 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 una querella 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.

I. 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>.