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

**Introducción**

Este capítulo describe las maneras 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 parte de los programas de Medicare y Medicaid de Texas, siempre y cuando 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, "see 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 Contenido**

[A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro Plan de Medicare-Medicaid 3](#_Toc519183664)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 5](#_Toc519183665)

[C. Cómo inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid 5](#_Toc519183666)

[D. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado 6](#_Toc519183667)

[D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 6](#_Toc519183668)

[D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 8](#_Toc519183669)

[E. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 8](#_Toc519183670)

[F. Otras circunstancias en que terminará su participación 9](#_Toc519183671)

[G. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 10](#_Toc519183672)

[H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 10](#_Toc519183673)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan? 10](#_Toc519183674)

A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro 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 terminar su participación en <plan name> de Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan de Medicare Advantage o de Medicare-Medicaid, o al cambiarse a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* La mayoría personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertos tiempos del año. Ya que usted tiene Medicaid de Texas, podría terminar su participación en nuestro plan o cambiarse de plan una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos especiales de inscripción**:

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

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

* El **Período de inscripción anual,** el cual dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted escoge un plan nuevo durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el plan nuevo empezará el 1 de enero.
* El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, el cual dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted escoge un plan nuevo durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el primer día del mes siguiente.

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

* Medicare o Texas lo haya inscrito en un plan de Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda Adicional haya cambiado,
* Usted esté recibiendo cuidado en una institución para personas de la tercera edad o un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Se haya mudado.]

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido 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). 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:

* <State administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.
* Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP), <State-specific SHIP name> al <phone number>. [*TTY/TDD phone number is optional.*]
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 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 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 al <state administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY o TDD deben llamar al <TTY/TDD number>, o
* Envíe al <state administrative services contractor> un <Enrollment Change Form>. Usted puede encontrar el formulario en <state administrative services contractor website> o llamando al <state administrative services contractor> al <phone number> si necesita que le envíen un formulario por correo, o
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 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 solo Plan, usted puede unirse a otro Plan de Medicare-Medicaid. [*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* Usted puede terminar su participación en nuestro plan durante ciertos tiempos del año, conocidos como Períodos especiales de inscripción. En ciertos casos, usted puede ser elegible para dejar el plan en otros tiempos del año. Lea la Sección A para más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.]

Para inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid:

* Llame al <state administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY o TDD deben llamar al <TTY/TDD number>. 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, o
* Envíe al <state administrative services contractor> un <Enrollment Change Form>. Usted puede encontrar el formulario llamando al <state administrative services contractor> al <phone number> si necesita que le envíen un formulario por correo.

[*Plans in states that continue to implement a continuous duals SEP insert:* Su cobertura de <plan name> terminará el último día del mes en que recibamos su pedido.]

[*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* Si usted es elegible para un Período especial de inscripción, su cobertura con <plan name> terminará el último día del mes cuando recibamos su pedido. Lea la Sección A para más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.]

D. Cómo recibir 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 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 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 al día, 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 al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) al 1-800-252-3439. [*TTY/TDD phone number is optional.*] En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y defensa de salud de Texas (HICAP).   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 al 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 asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) al 1-800-252-3439. [*TTY/TDD phone number is optional.*] En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y defensa de salud de Texas (HICAP).   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.  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 <name of SHIP Program> al <phone number>. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al 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 asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) al 1-800-252-3439. [*TTY/TDD phone number is optional.*] En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y defensa de salud de Texas (HICAP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original. |

D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Sus servicios de Medicaid de Texas incluyen la mayoría de sus servicios y respaldos a largo plazo y cuidados de salud del comportamiento. [Plans may add the specific Medicaid services they provide.]

Si usted deja el plan de Medicare-Medicaid, usted seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

* Usted puede elegir cambiar a otro plan de salud sólo de Medicaid comunicándose con el <state administrative services contractor>.
* Usted recibirá una Tarjeta nueva de identificación del miembro, un *Manual del miembro* nuevo y un *Directorio de proveedores y farmacias* nuevo.

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 de Texas. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid de Texas.
* [Insert if applicable: Si usted no paga la cantidad necesaria para que usted sea elegible para los beneficios (reducción por gastos médicos).]
* 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 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 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 de Texas:

* 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 al día, 7 días de la semana. Usted debe llamar también a Medicaid de Texas al [plans should insert Medicaid contact information.]

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 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>.