Capítulo 10: Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro Plan MyCare Ohio

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede cambiar o terminar su participación en nuestro plan. Usted puede cambiar su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado (usted se quedará en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Usted puede terminar su participación en nuestro plan, eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio. Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Ohio Medicaid, siempre que sea elegible. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual de miembro*.

[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. MyCare Ohio 3](#_Toc13471854)

[B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan? 4](#_Toc13471855)

[C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio? 5](#_Toc13471856)

[D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid 5](#_Toc13471857)

[D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 6](#_Toc13471858)

[D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 8](#_Toc13471859)

[E. Manteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación termine 9](#_Toc13471860)

[F. Otras circunstancias en que terminará su participación 9](#_Toc13471861)

[G. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 10](#_Toc13471862)

[H. Su derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan 11](#_Toc13471863)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en su plan 11](#_Toc13471864)

A. MyCare Ohio

[*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 de Medicare-Medicaid de <plan name> en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan de Medicare Advantage, inscribirse en otro Plan de Medicare-Medicaid, o cambiarse a Medicare original.]

[*Plans in states that implement the duals SEP effective 2020, 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 uno 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 comenzará 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 comenzará el primer día del mes siguiente.

Pueden 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 para personas de la tercera edad o un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Se haya mudado.]

Si usted cambia su participación en nuestro plan eligiendo recibir los servicios de Medicare por separado:

* Usted seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que recibimos su solicitud.
* Su cobertura nueva de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó no tener más Medicare a través de nuestro plan, su cobertura nueva de Medicare comenzará el 1º de febrero.

Si usted termina su participación en nuestro plan eligiendo un plan diferente de MyCare Ohio:

* Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio, antes de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día de ese mes. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 18 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de febrero.
* Si usted pide cambiar a un plan diferente de MyCare Ohio en uno de los últimos cinco días del mes, su participación terminará el último día del mes siguiente. Su cobertura nueva en un plan diferente de MyCare Ohio comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el 30 de enero usted solicitó cambiar de plan, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1º de marzo.

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

* La Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048.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. Lea el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. ¿Cómo cambiar o terminar su participación en nuestro plan?

Si decide cambiar o terminar su participación:

* Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1; **o**
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) 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 la tabla de la página <page number>.

Lea la Sección A de arriba, para información sobre cuándo entrará en efecto su solicitud de cambiar o terminar su participación en nuestro plan.

C. ¿Cómo inscribirse en otro plan de MyCare Ohio?

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede inscribirse a otro plan de MyCare Ohio. [*Plans in states that implement the duals SEP effective 2020, insert:* Usted puede terminar su participación en nuestro plan durante ciertos tiempos del año, conocidos como Períodos de Inscripción Especiales. En ciertas circunstancias, usted también puede ser elegible para dejar el plan durante otros tiempos del año. Lea la Sección A para más información sobre **cuándo pude inscribirse en un nuevo plan**.]

Para inscribirse en otro plan de MyCare Ohio:

* Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

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

[*Plans in states that implement the duals SEP effective 2020, insert:* Si usted es elegible para un Período de Inscripción Especial, su cobertura con <plan name> terminará el último día del mes en el cual recibimos su pedido. Vea la Sección A para información sobre **cuándo puede** **inscribirse en un nuevo plan**.]

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro plan de MyCare Ohio, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid todavía estarán provistos a través de <plan name>.

## D1. Maneras de recibir 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 de Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos de receta de Medicare** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare 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, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede seleccionar un plan Parte D en ese momento.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos de receta y Medicare original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare sin un plan de medicamentos de receta por separado**  **NOTA:** Si cambia a Original Medicare 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 tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. | **Esto es lo que tiene que hacer:**   * Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.   Si necesita ayuda o más información:   * Llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original. |

## D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Usted debe recibir sus beneficios de Medicare de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no quiera recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio, aún así usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de <plan name> u otro plan de cuidados administrados de MyCare Ohio.

Si usted no se inscribe en un plan diferente de MyCare Ohio, usted permanecerá inscripto en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y sus cuidados de salud del comportamiento. [Plans may add the specific Medicaid supplemental services that are approved by Ohio Medicaid.]

Cuando deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, usted recibirá una Tarjeta de identificación de miembro nueva y un *Manual del miembro* nuevo para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiar a un plan de MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio, al 7-1-1.

E. Manteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que su participación termine

Si usted cambia o termina su inscripción con <plan name>, tomará tiempo para que su nueva cobertura comience. Lea la página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid 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 cambie o termine su participación, 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

Éstos son los casos en los que Medicare y Medicaid deberán terminar su participación en el plan:

* Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su Medicare Parte A y Parte B.
* Si usted ya no es elegible para Medicaid o usted deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad para MyCare Ohio. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
* Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o establece su residencia primaria fuera del estado de Ohio. [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 va la cárcel o 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.

Podemos pedirle a Medicare y a Medicaid que terminen su inscripción en nuestro plan por los siguientes motivos:

* 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 y/o Medicaid podrían pedir que el Inspector general investigue su caso. También es posible un enjuiciamiento civil y/o penal.

G. 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 debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877-486-2048. Puede llamar 24 horas del día, 7 días de la semana.

También debería llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

H. Su derecho a presentar una queja si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan

Si le pedimos a Medicare y Medicaid que terminen su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una reclamación 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 su plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su participación, puede llamar a Servicios al miembro a or l <toll-free number>.