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 Rhode Island 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*.

[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, "refer to Chapter 9, Section A, page 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 contenidos

[A. Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid 2](#_Toc139641440)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 3](#_Toc139641441)

[C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado 4](#_Toc139641442)

[C1. Maneras de recibir los servicios de Medicare 4](#_Toc139641443)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 6](#_Toc139641444)

[D. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 6](#_Toc139641445)

[E. Otras circunstancias cuando terminará su participación 7](#_Toc139641446)

[F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 8](#_Toc139641447)

[G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 8](#_Toc139641448)

[H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 8](#_Toc139641449)

# Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro Plan 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 el Plan <plan name> Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año al inscribirse 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 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 de inscripción especiales**:

* 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 nuestro Plan Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda adicional haya cambiado,
* Usted se ha mudado hace poco a, actualmente está recibiendo cuidados en, o acaba de salir de un hogar para personas de la tercera edad o un hospital de cuidado a largo plazo, **o**
* Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su petición 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> [plan may insert reference, as applicable].
* Servicios de Rhode Island Medicaid en la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].

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

* Línea de inscripción en el Plan 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 de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP), Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA), al 1-888-884-8721. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Programa de ayudas para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME), The POINT, al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* 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 [plan 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 Rhode Island Medicaid o Medicare que quiere dejar <plan name>:

* Llame a la Línea de inscripción en el Plan 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.
* 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 recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si deja <plan name>, volverá a obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

## C1. Maneras de recibir los 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.

| **Opción** | **Acción** |
| --- | --- |
| **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 para inscribirse en un nuevo plan de salud solo de Medicare.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a SHIP de Rhode Island al 1‑888-884-8721 o a The POINT al 1‑401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su 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 a SHIP de Rhode Island al 1‑888-8874-8721 o a The POINT al 1‑401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.   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 SHIP de Rhode Island al 1-888-884-8721 o a The POINT al 1-401-462-4444, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Lo derivarán con un consejero del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). | **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 a SHIP de Rhode Island 1‑888‑884-8721 o a The POINT al 1‑401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

## C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Si se retira del Plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Medicaid directamente a través de la cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid.

Los servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y cuidados de salud del comportamiento. [Plan may add the specific Medicaid services they provide.]

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

* Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
* **Utilice las farmacias de nuestra red** [insert if applicable:también nuestro servicio de pedidos de farmacia por correo] **para surtir sus recetas.**
* Si se encuentra usted hospitalizado el día en que termine su participación a <planname>, nuestro plan cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den el alta. Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

# Otras circunstancias cuando 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 ya no cumple con los requisitos para Rhode Island Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Rhode Island 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 adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
* [Plan with visitor/traveler benefits, insert: Consulte 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 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 de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro 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 Rhode Island Medicaid:

* Si se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarles 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. También deberá llamar a Rhode Island Medicaid. [Plan should insert Medicaid contact information.]

# 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 [plan 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 quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number>.