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

Introducción

Este capítulo describe las maneras de cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Aunque abandone nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Texas Medicaid, siempre que cumpla los requisitos para ello. Los 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 and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." 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 contenidos

[A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid 3](#_Toc171005970)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 3](#_Toc171005971)

[C. Cómo inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid 4](#_Toc171005972)

[D. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado 4](#_Toc171005974)

[D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 4](#_Toc171005975)

[D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 6](#_Toc171005976)

[E. Siga recibiendo sus artículos y servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 6](#_Toc171005977)

[F. Otras circunstancias en que terminará su participación 7](#_Toc171005978)

[G. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud 8](#_Toc171005979)

[H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 8](#_Toc171005980)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan 8](#_Toc171005981)

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

Usted puede terminar su participación en <plan name> Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage o Plan Medicare-Medicaid, o al volver a Medicare Original.

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 la tabla de la Sección D1
* Servicios de Texas Medicaid en la tabla de la Sección D2.

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 estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), <State-specific SHIP name> al <phone number>. [TTY phone number is optional.]
* 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.

[Optional language for inclusion by plans: **NOTA:** Si usted está en un programa de gestión de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su Manual del miembro 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 Texas Medicaid o Medicare que quiere dejar <plan name>:

* Llame a <state administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>, **O**
* Envíe a <state administrative services contractor> un <Enrollment Change Form>. Si necesita que le envíen un formulario por correo, llame a <state administrative services contractor> al <phone number> para solicitarlo, **O**
* 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 Sección D1.

# Cómo inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid juntos en un solo plan, puede unirse a otro plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

* + Llame a <state administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Dígales que quiere abandonar <plan name> y unirse a un Plan Medicare-Medicaid diferente. Si no está seguro de a qué plan quiere unirse, le informarán sobre otros planes en su área; **O**
  + Envíe a <state administrative services contractor> un <Enrollment Change Form>. Si necesita que le envíen un formulario por correo, llame a <state administrative services contractor> al <phone number> para solicitarlo.

Su cobertura de <plan name> terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

# Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de abandonar <plan name>, usted volverá a obtener los 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.

| Option | Action |
| --- | --- |
| **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.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al **1-800-252-3439.** [*TTY phone number is optional.*] En Texas, SHIP se llama **Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP).**   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la 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 al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al **1-800-252-3439.** [TTY phone number is optional*.*] En Texas, SHIP se llama **Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP).**   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando comience 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 o no cobertura de medicamentos, llame al **Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP)** al **1-800-252-3439**. | **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 al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al **1-800-252-3439** [*TTY phone number is optional.*] En Texas, SHIP se llama **Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP).**   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

## D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Sus servicios de Texas Medicaid incluyen sobre todo 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 Medicare-Medicaid, usted seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

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

# Siga recibiendo sus artículos y 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 Texas Medicaid. Durante este período de tiempo, usted podrá seguir obteniendo sus medicamentos de receta y su cuidado de salud a través de nuestro plan.

* Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
* **Use nuestras farmacias de la red** [insert if applicable: **incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo**] **para surtir sus recetas.**
* **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación en <plan name>, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

# 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 la Parte A y la Parte B de Medicare.
* Si usted ya no cumple con los requisitos para Texas Medicaid. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos para Medicare y Texas Medicaid.
* [Insert if applicable: Si usted no paga la cantidad necesaria para cumplir con los requisitos para recibir los beneficios (reducción por gastos médicos).]
* Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted se encuentra 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 para hacer 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:* Consulte 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 de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no cumple con los requisitos para quedarse 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 Texas Medicaid:

* Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta sus requisitos para cumplir con 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.

# 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 Texas Medicaid. [Plans 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 [plans 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>.