Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD y cómo acceder a sus opciones de cobertura de Medicare y Medicaid después de dejar <plan name>. Si abandona nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y 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 participante*.

[The plan should refer Participants 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.]

[The 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 usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 3](#_Toc138763842)

[B. Cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 4](#_Toc138763843)

[C. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado si deja nuestro plan 4](#_Toc138763844)

[C1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare 5](#_Toc138763845)

[C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid 6](#_Toc138763846)

[D. Si usted recibía servicios a través del Programa de excepción completa de la OPWDD antes de inscribirse en el plan FIDA IDD 6](#_Toc138763847)

[E. Otras circunstancias en las que terminará su participación en el programa FIDA-IDD 7](#_Toc138763848)

[F. Reglas que impiden pedirle que cancele la inscripción en nuestro Plan FIDA-IDD por cualquier motivo relativo a su salud 8](#_Toc138763849)

[G. Su derecho a pedir una audiencia imparcial si el Programa FIDA-IDD termina su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 9](#_Toc138763850)

[H. Su derecho a presentar un reclamo ante <plan name> si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 9](#_Toc138763851)

[I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD 9](#_Toc138763852)

# Cuándo usted puede terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

[A plan in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible Participants (duals SEP) inserts: Usted puede terminar su participación en el plan <plan name> de Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año.]

[A plan in states that implement the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2019, inserts:La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden terminar su participación solo en determinados períodos del año. Como miembro de Medicaid, usted puede poner fin a su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción:**

* De enero a marzo
* De abril a junio
* De julio a septiembre

Además de estos tres períodos especiales de inscripción, usted también puede terminar 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 la cobertura del 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, cuando:

* Usted ya no cumple los requisitos para Medicaid o Ayuda adicional,
* Usted se ha mudado hace poco a un hogar para personas de la tercera edad o un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente recibe cuidados allí o se ha ido de dicha institución, **o**
* Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Su participación terminará el último día del mes en el que recibamos su pedido de dejar <plan name>. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 25 de junio, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de junio. Su cobertura de Medicaid y Medicare comenzará el primer día del mes siguiente (el 1.º de julio, en este ejemplo). Si deja nuestro plan, puede obtener más información sobre sus:

* Opciones de Medicare en la tabla de la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].
* Servicios de Medicaid en la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].

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

* New York Medicaid Choice al 1-844-343-2433, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.
* Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1‑800-701-0501. [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.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información y ayuda gratuita para resolver cualquier problema que usted pueda tener con nuestro Plan FIDA-IDD. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).

**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 FIDA-IDD

Si decide terminar su participación en <plan name>, llame a New York Medicaid Choice o Medicare, y diga que quiere dejar <plan name>:

* Llame a New York Medicaid Choice al 1-844-343-2433, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.
* 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. 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 <plan name> en el cuadro de la página <page number>.

# Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado si deja nuestro plan

Volverá a obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado como se explica abajo.

## C1. 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 inscribirse en una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en <plan name>.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   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 de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   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 al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. | **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 de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

## C2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Si usted deja el Plan FIDA-IDD, podrá seguir recibiendo los servicios de Medicaid.

* Obtendrá los servicios y respaldos a largo plazo y los servicios de salud física y del comportamiento de Medicaid a través del programa de pago por servicio de Medicaid.
* Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid.

# Si usted recibía servicios a través del Programa de excepción completa de la OPWDD antes de inscribirse en el plan FIDA IDD

Si recibía servicios a través de la excepción completa de la OPWDD antes de inscribirse en el Plan FIDA-IDD, continuará recibiendo los servicios de la excepción de la OPWDD al cancelar su inscripción en nuestro plan.

Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos, de salud del comportamiento, servicios de excepción de la OPWDD (si está inscrito en el Programa de excepción completa de la OPWDD) y medicamentos a través de nuestro Plan FIDA-IDD hasta que termine su participación.

Como se describe anteriormente, si decide dejar <plan name>, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Medicaid. Durante este periodo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos de receta, servicios y artículos a través de nuestro plan.

* Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
* **Si usted está hospitalizado el día en que su membresía en <planname> termina, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta**. Esto pasará incluso si su cobertura nueva comienza antes de que le den de alta.

# Otras circunstancias en las que terminará su participación en el programa FIDA-IDD

Estos son los casos en los que, conforme a las reglas del Programa FIDA-IDD, terminará su participación:

* 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 Medicaid.
* Si se muda de forma permanente fuera de nuestra área de servicio.
* Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses consecutivos. [If the plan has visitor/traveler benefits, revise this bullet to indicate when Participants must be disenrolled from the plan.]
* Si se muda o se va para hacer un viaje largo, tiene que llamar a Servicios al participante para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de <plan name>.
* [If the plan has, 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 sus cuidados de salud o 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 participante de nuestro plan.
* Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir como participante con estas condiciones.
* Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

En cualquiera de estas situaciones, New York Medicaid Choice le enviará una carta de cancelación de inscripción y estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

Asimismo, podemos solicitar al Programa FIDA-IDD que lo retire de <plan name> por los siguientes motivos:

* Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en <plan name> y esa información afecta sus requisitos para nuestro plan.
* Si se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarles cuidado médico y de otro tipo a usted y otros participantes de <plan name> incluso después de realizar y documentar nuestros esfuerzos por resolver los problemas que usted pueda tener.
* Si, a sabiendas, no completa ni presenta los formularios necesarios de consentimiento o exención de responsabilidad para autorizar a <plan name> y a los proveedores a acceder a la información de atención y servicio médico necesaria para brindarle atención.
* Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de participante para recibir atención médica y de otro tipo.
* Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

En cualquiera de estas situaciones, le comunicaremos nuestra inquietud antes de pedir que el Programa FIDA-IDD apruebe la cancelación de su inscripción en <plan name>. Lo haremos para que primero tenga la oportunidad de resolver estos problemas. Si no se resuelven los problemas, le avisaremos otra vez, una vez que presentemos la solicitud. Si el Programa FIDA-IDD aprueba nuestra solicitud, usted recibirá una carta de cancelación de inscripción. New York Medicaid Choice estará disponible para explicarle otras opciones de cobertura.

# Reglas que impiden pedirle que cancele la inscripción en nuestro Plan FIDA-IDD por cualquier motivo relativo a su salud

Si le parece que le estamos pidiendo que cancele su inscripción en <plan name> por algún motivo relativo a su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También deberá llamar a Medicaid al 1-800-541-2831.

# Su derecho a pedir una audiencia imparcial si el Programa FIDA-IDD termina su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Si el Programa FIDA-IDD termina su participación en <plan name>, dicho programa debe informarle los motivos por escrito. También debe explicarle cómo puede solicitar una audiencia imparcial para tratar nuestra decisión de terminar su participación.

# Su derecho a presentar un reclamo ante <plan name> si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Si le pedimos al Programa FIDA-IDD que termine su participación en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Puede consultar en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] la información sobre cómo presentar un reclamo.

* **Nota:** Puede utilizar el proceso de reclamos para expresar su desacuerdo con nuestra solicitud de terminar su participación. Sin embargo, si quiere pedirnos que cambiemos la decisión, debe solicitar una audiencia imparcial, cómo se explica en la Sección G arriba.

# Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en nuestro Plan FIDA-IDD

Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, puede llamar a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <TTY number>.

ICAN también puede darle información y ayuda gratuita para resolver cualquier problema que usted pueda tener con nuestro Plan FIDA-IDD. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).