

Guion de ventas de YPC 2027 – Uso en centros de llamadas (Aprobado para ventas telefónicas de agentes de campo)

Propósito: Este guion es de uso obligatorio para los agentes de centros de llamadas y las agencias contratadas a través de YPC para productos MA y PDP. Los agentes de centros de llamadas y las agencias deben utilizar este guion, a menos que hayan recibido autorización previa por escrito para utilizar uno alternativo. Puede utilizarse tanto para ventas telefónicas de llamadas entrantes como salientes, con las adiciones obligatorias correspondientes a cada una.

Tenga en cuenta que este guion está registrado ante YPC y su uso está aprobado únicamente para agentes dentro de la jerarquía de YPC. Si sus contratos con las aseguradoras se gestionan a través de una entidad principal de jerarquía (TOH) diferente, usted es responsable de obtener las aprobaciones necesarias de las aseguradoras y registrar este guion ante dichas aseguradoras antes de utilizarlo.

Kaiser NO PERMITE GUIONES PARA CENTROS DE LLAMADAS.

Nota: Los agentes de campo que realicen ventas telefónicas también pueden utilizar este guion, pero **DEBEN** utilizar el Guion de campo de YPC o este guion.

1. SALUDO

SALUDO PARA LLAMADAS ENTRANTES:

«Gracias por llamar a [NOMBRE DE LA AGENCIA] una agencia de ventas autorizada que no está afiliada al gobierno. Mi nombre es [NOMBRE DEL AGENTE] y soy un agente de seguros autorizado. Debo informarle que esta llamada se está grabando con fines de calidad, cumplimiento normativo, capacitación y verificación, según lo permita la legislación aplicable. ¿Me permite continuar?»

Si el beneficiario se opone, finalice la llamada utilizando el guion de «DESPEDIDA DE CORTESÍA 2» que aparece cerca del final de este documento.

«¿En qué puedo ayudarle hoy? (El agente debe reconocer la consulta si la persona que llama desea conocer las opciones de planes de Medicare y expresar su disposición a ayudar diciendo): Con mucho gusto le ayudaré con eso».

- **Si no es una llamada de ventas:** (No continúe indagando sobre oportunidades de ventas, sino comuníquese a la persona con el departamento correspondiente diciendo lo siguiente): «Lo siento, pero se ha comunicado con el departamento de ventas. Permítame transferirle a [Departamento], donde podrán ayudarle».
- **Si es una llamada de ventas: CONTINÚE CON LA DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE TPMO**

SALUDO PARA LLAMADAS SALIENTES:

«Hola, ¿se encuentra disponible [NOMBRE DEL CLIENTE]?»

- **Si no es el cliente:** «¿Cuándo sería un buen momento para volver a llamar y hablar con [NOMBRE DEL CLIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO]? Llamaré a [NOMBRE DEL CLIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO] el [FECHA Y HORA] Gracias por su tiempo.»
- **Si es el cliente:** «Hola, [NOMBRE DEL CLIENTE], mi nombre es [NOMBRE DEL AGENTE] y soy agente de seguros autorizado de [NOMBRE DE LA AGENCIA], una agencia de ventas autorizada que no está afiliada al gobierno. Debo informarle que estamos en una línea en la que se graba la llamada con fines de calidad, cumplimiento normativo, capacitación y verificación, según lo permita la legislación aplicable. ¿Me permite continuar?»

Si el beneficiario se opone, finalice la llamada utilizando el guion de «DESPEDIDA DE CORTESÍA 2» que aparece cerca del final de este documento.

«Le llamo hoy porque usted solicitó información sobre las opciones de Medicare el [anote la fecha/hora en que se realizó la solicitud], y para saber si podemos ayudarle con sus preguntas sobre Medicare. ¿En qué puedo ayudarle hoy?»

(El agente debe reconocer la consulta si la persona que llama desea conocer las opciones de planes de Medicare y expresar su disposición a ayudar diciendo): «Con mucho gusto le ayudaré con eso».

- **Si no es una llamada de ventas:** (No continúe indagando sobre oportunidades de ventas, sino comunique a la persona con el departamento correspondiente diciendo lo siguiente): «Lo siento, pero se ha comunicado con el departamento de ventas. Permítame transferirle a [Departamento], donde podrán ayudarle».
- **Si es una llamada de ventas: CONTINÚE CON LA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**
- **Nota para el agente:** En las llamadas salientes, será necesario obtener el documento de alcance de la cita si aún no se ha obtenido. Esto se aborda en la sección Alcance de la cita para llamadas entrantes y salientes.

2. DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE TPMO

- **Si la TPMO no vende planes de todas las organizaciones de MA en el área de servicio:** «Tenga en cuenta que no ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a [INSERTAR NÚMERO DE ORGANIZACIONES] organizaciones que ofrecen [INSERTAR NÚMERO DE PLANES] productos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones».
- **Si la TPMO vende planes de todas las organizaciones de MA en el área de servicio:** «Actualmente representamos a [INSERTAR NÚMERO DE ORGANIZACIONES] organizaciones que ofrecen [INSERTAR NÚMERO DE PLANES] productos en su área. Siempre puede comunicarse con Medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE para recibir ayuda al elegir un plan».

3. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTA INFORMACIÓN ES VOLUNTARIA Y, SI LA PERSONA QUE LLAMA NO DESEA PROPORCIONARLA, EL AGENTE DEBE CONTINUAR.

«¿Podría proporcionarme su nombre y apellido, por favor? (Deletrear para verificar). Gracias».

«¿Me autoriza a comunicarme con usted a este número si se interrumpe la llamada? ¿Es este el mejor número de teléfono para contactarle? (Anote el mejor número de contacto del consumidor)». **Nota para el agente:** La autorización es válida para un solo uso.

«¿Puede confirmar su estado y código postal (condado, si corresponde) para que pueda buscar los planes disponibles en su área? (Repita la información para confirmarla). ¿Es correcto? (Anote). Gracias».

- **Solo para llamadas entrantes:** «¿Puede [EL AGENTE DE LA AGENCIA/YO] hacer un seguimiento posteriormente con usted con fines de comercialización, utilizando el número de teléfono y/o la dirección de correo electrónico que proporcionó, para ofrecerle información sobre los planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados, así como sobre sus opciones de inscripción en Medicare? Queremos asegurarnos de que tenga toda la información que necesita y responder cualquier otra pregunta que pueda tener sobre los planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados (Parte D). Su consentimiento es voluntario y nos permite comunicarnos con usted mediante mensajes de texto o llamadas automáticas. Puede comunicarse con nosotros para cambiar sus preferencias en cualquier momento. Cambiar sus preferencias no afectará su elegibilidad para inscribirse en [NOMBRE DE LA ASEGURADORA] ni sus beneficios. Es posible que se apliquen cargos y tarifas por uso de datos de su proveedor de telefonía móvil. (Anote). Gracias».

Nota para el agente: Si responde «SÍ», confirme el número de teléfono del consumidor. Si responde «NO», documente la respuesta del cliente y siga los procedimientos de DNC (No llamar).

4. DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

«[NOMBRE DEL CLIENTE], tenga en cuenta que no está obligado a proporcionar información relacionada con su salud, a menos que se utilice para determinar su elegibilidad para inscribirse en el plan. Si decide no proporcionar la información médica necesaria para determinar su elegibilidad de inscripción, es posible que no pueda inscribirse. Toda la información divulgada se utilizará para determinar el plan que mejor se adapte a sus necesidades».

«[SOCIO/AGENCIA] representa a organizaciones de Medicare Advantage [HMO, PPO, PFFS, Y PDP] que tienen un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato del plan».

5. PODER NOTARIAL

«¿Le interesa hablar sobre las opciones de Medicare para usted o para otra persona?»

- **Si llama en nombre de otra persona:** «De acuerdo, ¿podría darme su nombre y decirme cuál es su relación con el beneficiario? ¿Es usted el representante legal o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre del beneficiario conforme a la legislación estatal aplicable? ¿Puede proporcionar un documento escrito que acredite su autoridad si los CMS lo solicitan? Por ejemplo, ¿tiene un poder notarial duradero o una tutela otorgada por un tribunal? (Anote)».
- **Si no es el representante legal:** «De acuerdo, no hay problema. Puedo proporcionarle información general sobre los planes de Medicare, pero necesitaremos que el beneficiario participe en la llamada si decide que desea inscribirse, ¿está bien?»
- **Si llama en su propio nombre:** «¿Habitualmente recibe ayuda para tomar decisiones sobre su atención médica?»
- **Si responde que no: CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PREGUNTA DE ELEGIBILIDAD**

Aunque el beneficiario indique que no tiene un tutor ni una persona con poder notarial (POA), durante toda la llamada asegúrese de estar atento a posibles problemas de capacidad para tomar decisiones u otras afirmaciones o preguntas que indiquen que la persona generalmente consulta con otras personas para tomar este tipo de decisiones. **Señales verbales a las que debe prestar atención:** Mencionar a alguien que le ayuda (p. ej., «Mi hija es quien se encarga de mi seguro», «Tengo que consultarlo con mi hijo»), expresar confusión o mencionar un deterioro cognitivo. Si esto ocurre, incluso si esa persona no tiene un poder notarial, siga el guion que aparece a continuación para invitarla a participar en la llamada.

EJEMPLO: Si el afiliado indica que otro familiar le ayuda con las citas médicas, la obtención de medicamentos recetados, etc., el agente debe aclarar si esa persona tiene un poder notarial y participa en el proceso de toma de decisiones del afiliado.

- **Si responde que sí:** «¿Le gustaría que esa persona participara en esta llamada para ayudarlo a hablar sobre los planes hoy?»
- **Si responde que no:** «Vamos a revisar las opciones de planes de Medicare y el plan que seleccione podría cambiar la cobertura de su seguro médico. Si [NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO] le ayuda a tomar decisiones sobre su atención médica, ¿está seguro de que no desea que {ÉL/ELLA} participe en la llamada para ayudarlo a decidir qué es lo mejor para usted?»
- **Si el cliente no desea que la persona participe en la llamada: CONTINÚE**
- **Si responde que sí:** «¿Está disponible ahora o deberíamos hablar más tarde, cuando esté disponible?»
- **Si está disponible y se une a la llamada:** «¿Es usted el representante legal o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre del beneficiario? Por ejemplo, ¿tiene un poder notarial duradero o una tutela designada por un tribunal que le permita tomar decisiones médicas y de seguros en su nombre?»
- **Si responde que sí:** «De acuerdo, ¿podría darme su nombre y decirme cuál es su relación con el beneficiario? ¿Es usted el representante legal o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre del beneficiario conforme a la legislación estatal aplicable? ¿Puede proporcionar un documento escrito que acredite su autoridad si los CMS lo solicitan? Por ejemplo, ¿tiene un poder notarial duradero o una tutela designada por un tribunal?»
- **Si responde que no:** «De acuerdo, perfecto. Ambos pueden permanecer en la línea y podemos continuar nuestra conversación, pero si [NOMBRE DEL CLIENTE] decide inscribirse en un plan hoy, deberá permanecer en la llamada y completar personalmente la inscripción. Debo informarle que esta llamada se está grabando para garantizar la calidad. ¿Me permite continuar?»
- **Si el beneficiario se opone, finalice la llamada utilizando el guion de «DESPEDIDA DE CORTESÍA 2» que aparece cerca del final de este documento.**
- **Si la TPMO no vende planes de todas las organizaciones de MA en el área de servicio:** «Tenga en cuenta que no ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a [INSERTAR NÚMERO DE ORGANIZACIONES] organizaciones que ofrecen [INSERTAR NÚMERO DE PLANES] productos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones».
- **Si la TPMO vende planes de todas las organizaciones de MA en el área de servicio:** «Actualmente representamos a [INSERTAR NÚMERO DE ORGANIZACIONES] organizaciones que ofrecen [INSERTAR NÚMERO DE PLANES] productos en su área. Siempre puede comunicarse con Medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE para recibir ayuda al elegir un plan».
- **Si responde que no (llama en nombre de otra persona):** «De acuerdo, no hay problema. Puedo proporcionarle información general sobre los planes de Medicare, pero necesitaremos que el beneficiario participe en la llamada si decide que desea inscribirse, ¿está bien?»
- **Si el cliente desea que la persona participe en la llamada, pero no está disponible:** (Ofrezca programar una devolución de llamada o una cita para un momento en el que esa persona pueda participar en la llamada.)

6. ALCANCE DE LA CITA

PARA LAS LLAMADAS SALIENTES, EL AGENTE DEBE CONTAR CON UN PTC O BRC VÁLIDO QUE EL BENEFICIARIO YA HAYA COMPLETADO, ASÍ COMO CON UN SOA COMPLETADO.

(Si aún no se ha obtenido un SOA para la llamada saliente, el agente debe obtenerlo, finalizar la llamada y volver a llamar al beneficiario en la fecha/hora establecida en el SOA, a menos que se aplique una excepción.)

«Antes de comenzar, debemos completar un documento llamado Alcance de la cita. Esto me permitirá compartir detalles específicos sobre los planes de Medicare disponibles en su área. Antes de empezar, permítame contarle un poco sobre [NOMBRE DE LA AGENCIA] para que sepa con quién está hablando y cómo podemos ayudarle a encontrar un plan de Medicare con los beneficios que busca».

(Proporcione 3-4 afirmaciones sobre la agencia para explicar claramente que no es una agencia gubernamental ni una aseguradora de salud. El agente ayudará al beneficiario a examinar diversas opciones de planes de Medicare y a encontrar un plan adecuado para sus necesidades, y podrá ayudarle a inscribirse en un plan si cumple los requisitos de elegibilidad y encuentra uno que le guste).

«De acuerdo, [NOMBRE DEL CLIENTE] trabajo para [NOMBRE DE LA AGENCIA], y, en su área, contamos con una amplia variedad de planes, como [PLANES MEDICARE ADVANTAGE, PLANES MEDICARE ADVANTAGE CON COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS, PLANES INDEPENDIENTES DE MEDICAMENTOS RECETADOS, PLANES DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE, BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (OSB), que son servicios que Medicare no ofrece y que no están incluidos en los beneficios básicos ni en los beneficios suplementarios obligatorios de un plan Medicare Advantage y que pueden adquirirse a su discreción, planes dentales y de la vista individuales, que son planes de seguro independientes diseñados para proporcionar beneficios dentales y de la vista que normalmente no están incluidos en Medicare Original]. (El agente debe enumerar todos los tipos de productos de salud disponibles)».

«¿Le gustaría hablar sobre todas estas opciones o solo le interesan algunas de ellas? (Espere la respuesta y proceda según la elección del beneficiario)».

«Puedo ofrecerle una breve descripción general de cada uno de estos planes [«HOY»/o EL {INSERTAR FECHA DE LA CITA}], y luego usted podrá decidir qué plan podría ser el mejor para usted según sus necesidades. ¿Le parece bien? (El agente debe esperar la respuesta)».

«No existe ninguna obligación de inscribirse, su estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado y no se realizará ninguna inscripción automática».

«[NOMBRE DEL CLIENTE] si comprende las declaraciones que acabo de leerle y está listo para continuar con la llamada el [DÍA/MES/AÑO DE HOY], diga «Sí». **«(Debe obtener una confirmación clara para continuar. Si la persona responde que no o indica que desea hablar sobre otros planes, vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1» o consulte otros procesos/guiones aprobados).**

7. ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE

«Antes de continuar, tengo algunas preguntas para confirmar que cumple los requisitos de elegibilidad para los tipos de planes disponibles en su área. No está obligado a responder; sin embargo, sus respuestas me ayudarán a determinar qué tipo de plan podría adaptarse mejor a sus necesidades».

«¿Actualmente tiene, o tendrá pronto, las Partes A y B de Medicare?»

- **Si responde que sí: CONTINÚE**
- **Si responde que no:** «Lo siento, pero según la información proporcionada, actualmente no cumple los requisitos para un plan de salud de Medicare. Si le interesa, podemos hablar sobre otras opciones de seguro que no estén relacionadas con Medicare. ¿Le gustaría obtener más información sobre los planes dentales, de la vista y/o de indemnización hospitalaria disponibles en su área?»

- **Si responde que no:** «Le pedimos que vuelva a llamarnos aproximadamente tres meses antes de que entren en vigor sus beneficios de Medicare». **Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1».**
- **Si responde que sí:** Responda las preguntas del consumidor y proporcione orientación según corresponda.
- **Si el consumidor solo tiene la Parte A o B:** «Lo siento, pero en este momento no cumple los requisitos para un plan de salud de Medicare; sin embargo, podría reunir los requisitos para un plan de la Parte D, que solo exige tener la Parte A y/o B de Medicare. ¿Le gustaría obtener información únicamente sobre los planes de la Parte D o sobre otros planes de salud de Medicare disponibles en su área?»
- **Si responde que sí:** Vaya a la sección 8.
- **Si el consumidor está interesado en otros planes de Medicare:** Responda las preguntas y proporcione orientación según corresponda.

8. RESIDENCIA PERMANENTE

«¿Podría proporcionarme la dirección de su residencia permanente, por favor?» **(Anote.)**

Nota para el agente: Si la persona que llama no desea proporcionarla, debe continuar sin esa información. Si no está segura de cuál es su dirección permanente, sería la dirección registrada en la Administración del Seguro Social, el estado donde paga impuestos, donde está registrada para votar, etc.

9. EFECTO SOBRE LA COBERTURA ACTUAL

«Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, cuando comience su cobertura de Medicare Advantage, podría considerar cancelar su póliza Medigap porque estaría pagando por una cobertura que no puede utilizar».

«¿Actualmente tiene cobertura a través de un empleador, un seguro médico individual de gastos médicos mayores, un plan grupal de Medicare ofrecido por un empleador, beneficios médicos para jubilados, beneficios de VA o Tricare for Life/ChampVA?»

Si el cliente tiene cobertura para jubilados, propia o de su cónyuge: (Informe al cliente cómo se vería afectada su cobertura actual al inscribirse en un plan MA).

Si pertenece a un sindicato: «Inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos o en un plan de medicamentos recetados de Medicare podría afectar su capacidad para mantener la cobertura médica o de medicamentos de su sindicato. Es recomendable que hable con su sindicato antes de proceder con la inscripción para saber si inscribirse en este plan afectará su plan médico o de medicamentos actual del sindicato». **Si el cliente tiene cobertura por empleo activo, ya sea propia o de su cónyuge:** «¿Cuándo finaliza esa cobertura? ¿Cuándo le gustaría que comenzara su nuevo plan?»

Si el cliente tiene un seguro militar, como Tricare for Life o CHAMPVA: (Informe al posible cliente cómo se vería afectada su cobertura actual al inscribirse en un plan MA). **Nota para el agente:** Los beneficios de atención médica de VA son diferentes de Tricare for Life y ChampVA.

- **Si tiene beneficios médicos de VA:** (Hable sobre el uso de centros de VA, o la falta de uso de estos, para determinar el tipo de plan que podría necesitar o no). «La atención médica de VA y Medicare Advantage son independientes. La atención médica de VA no puede facturar a Medicare Advantage y Medicare Advantage no puede facturar a VA. Tener un plan Medicare Advantage no interrumpirá los servicios de atención médica de VA. Considerar un plan MA podría ser útil para quienes tienen beneficios de VA, ya que les permitiría acceder a proveedores civiles adicionales dentro de la red del plan MA». (Los beneficios de atención médica de VA son diferentes de TRICARE for Life y ChampVA).

- **Si tiene Tricare for Life/ChampVA:** (Explique que los beneficios de TRICARE for Life/ChampVA generalmente son más amplios que los de la mayoría de los otros tipos de cobertura disponibles. El agente debe explicar al beneficiario cómo la inscripción en un plan afectará sus beneficios de TRICARE for Life/ChampVA (es decir, cómo se pagarán las reclamaciones de manera diferente, que TRICARE for Life/ChampVA se convertirá en el seguro secundario si se selecciona un plan MAPD, etc.). Explique que no se recomienda inscribirse en un plan MA/MAPD si tiene beneficios de TRICARE for Life/ChampVA y que perderá sus beneficios de TRICARE for Life/ChampVA si lo hace).

CONTINÚE CON EL GUION ÚNICAMENTE SI EL POSIBLE CLIENTE COMPRENDE CÓMO SE VERÍA AFECTADA SU COBERTURA ACTUAL Y DESEA PROCEDER. SI EL POSIBLE CLIENTE NO DESEA PROCEDER, VAYA A «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1».

10. VERIFICACIÓN DE SUBSIDIOS ACTUALES

«Antes de hablar sobre sus opciones de planes, y con su permiso, siempre es conveniente verificar su cobertura actual, así como cualquier subsidio que pueda tener actualmente, como Medicaid o Ayuda Adicional (Extra Help). Su situación nos ayudará a determinar en qué planes podría reunir los requisitos para inscribirse. Tenga en cuenta que esta situación se basa en la información disponible actualmente y no está garantizada. ¿Me autoriza a verificar su estado de elegibilidad y su cobertura actual?»

(El agente debe explicar qué información podría tener disponible antes de consultar los datos del consumidor).

- **Si responde que no:** «No hay problema, pero solo podré proporcionarle información general sobre copagos, coseguros, deducibles y costos de medicamentos. Estos montos pueden variar según su información personal, incluida la posibilidad de que no cumpla los requisitos para algunos de los planes que le mencione».

11. PLANES SNP

- **Si hay planes para necesidades especiales de personas con doble elegibilidad disponibles en el área de la persona que llama:** «En su área, ofrecemos planes para necesidades especiales de personas con doble elegibilidad. Estos planes están diseñados específicamente para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. ¿Le gustaría obtener más información sobre este plan?»
- **Si responde que sí:** «la inscripción en estos planes para necesidades especiales depende de que se verifique que reúne los requisitos de Medicare y del nivel de Medicaid exigido».
- **Si responde que no:** Continúe.
- **Si hay planes para necesidades especiales por enfermedades crónicas disponibles en el área de la persona que llama:** «Si tiene ciertas enfermedades, podría reunir los requisitos para un plan para necesidades especiales por enfermedades crónicas. Estos planes están diseñados específicamente para personas a quienes se les ha diagnosticado (enumere las enfermedades correspondientes a los planes CC-SNP disponibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.). ¿Le gustaría obtener más información sobre este plan?»
- **Si responde que sí:** «Se requiere un proceso de verificación médica para confirmar su enfermedad crónica antes de que finalice el primer mes de inscripción en el nuevo plan. Usted es responsable de asegurarse de que el formulario se complete y se devuelva. Si no se completa, es posible que se cancele su inscripción en el C-SNP. Los procedimientos pueden variar según la aseguradora. Consulte los materiales para nuevos afiliados».
- **Si responde que no:** CONTINÚE

Nota para el agente: Si la persona que llama decide posteriormente inscribirse en un CSNP, deberá explicársele la información anterior.

12. PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

- **Si se encuentra dentro del AEP:** (Haga preguntas para determinar si el beneficiario cumple los requisitos para otros períodos de inscripción (IEP/ICEP o SEP) y, de ser así, determine si desea una fecha de entrada en vigor anterior al 1 de enero).
- **Si responde que sí:** (Determine el período de inscripción para el que el beneficiario reúne los requisitos).
- **Si responde que no:** CONTINÚE
- **Si NO se encuentra dentro del AEP:** «Dado que actualmente estamos fuera del Período de Inscripción Anual de los Planes Medicare Advantage y de Medicamentos Recetados, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre, y del Período de Inscripción Abierta, que va del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, necesitará contar con un Período de Inscripción Especial (SEP) para reunir los requisitos para un plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados. Existen varios períodos de inscripción para los que podría reunir los requisitos, según sus circunstancias. Quiero hacerle algunas preguntas para determinar si puede inscribirse hoy, ¿está bien?»

(Consulte las Directrices de los CMS sobre inscripción y cancelación de inscripción en Medicare Advantage y la Parte D, actualizadas el 25 de agosto de 2026, Sección 30.6 CSNP – Período de Inscripción Especial (SEP)).

¿La persona que llama cumple actualmente los requisitos para un período de inscripción? (Haga las siguientes preguntas hasta obtener una respuesta afirmativa. Una vez que obtenga un «sí», informe a la persona que llama sobre el SEP correspondiente. Por ejemplo, si se trata del SEP «MOV», indíquele que tiene un mes antes y dos meses después para completar su inscripción).

- «¿Es nuevo en Medicare? (ICEP – Período de Elección de Cobertura Inicial)»
- «¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage y desea hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP)?»
- «¿Se ha mudado recientemente fuera del área de servicio de su plan o se ha mudado y este plan es una nueva opción? Si es así, ¿en qué fecha?»
- «¿Ha sido puesto en libertad recientemente después de estar encarcelado? Si es así, ¿en qué fecha?»
- «¿Ha regresado recientemente a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera de los Estados Unidos? Si es así, ¿en qué fecha?»
- «¿Ha obtenido recientemente un estatus de presencia legal en los Estados Unidos? Si es así, ¿en qué fecha obtuvo ese estatus?»
- «¿Ha habido algún cambio reciente en su Medicaid (comenzó a recibir Medicaid, cambió su nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid)? Si es así, ¿en qué fecha ocurrió el cambio?»
- «¿Tiene tanto Medicare como Medicaid, su estado le ayuda a pagar las primas de Medicare o recibe Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha experimentado ningún cambio?»
- «¿Se está mudando a un centro de atención a largo plazo, vive en uno o se ha mudado recientemente fuera de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos)? Si es así, ¿desde qué fecha?»
- «¿Ha dejado recientemente un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)? Si es así, ¿cuándo dejó el programa?»
- «¿Ha perdido recientemente, de manera involuntaria, una cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare)? Si es así, ¿en qué fecha?»
- «¿Está perdiendo o dejando una cobertura que tenía a través de un empleador o sindicato? Si es así, ¿en qué fecha?»

- «¿Participa en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por su estado o está perdiendo la ayuda de un Programa Farmacéutico Estatal?»
- «¿Medicare (o su estado) lo inscribió en un plan y desea elegir uno diferente? Si es así, ¿en qué fecha comenzó su inscripción en ese plan?»
- «¿Su plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está finalizando su contrato con su plan?»
- «¿Se ha visto afectado por una emergencia o un desastre de gran magnitud (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local)? ¿O se ha encontrado en alguna de las otras situaciones mencionadas, pero no pudo presentar su solicitud de inscripción debido al desastre?»
- «¿Está inscrito en un plan que ha tenido una calificación inferior a 3 estrellas durante los últimos 3 años y desea inscribirse en uno con una calificación de 3 estrellas o más?»
- «¿Está inscrito en un plan que recientemente fue asumido por el Estado debido a problemas financieros y desea cambiarse a otro plan?»
- «¿Estaba inscrito en un plan para necesidades especiales, pero dejó de cumplir el requisito de elegibilidad para permanecer en ese plan? Si es así, ¿cuándo?»
- «Si ninguna de estas situaciones se aplica a usted, ¿existe alguna otra razón por la que considere que podría reunir los requisitos para inscribirse?»
- **Si se determina que cumple los requisitos para un SEP:** «Según la información que ha proporcionado, parece que sí cumple los requisitos para un período de inscripción que le permite inscribirse ahora».
- **Si no se determina que cumple los requisitos para un SEP:** «Lo siento, pero actualmente parece que no cumple los requisitos para un período de inscripción especial que le permita inscribirse en un plan ahora. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre, cuando puede cambiar de plan. No dude en comunicarse con nosotros una vez que comience el Período de Inscripción Anual». **(Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»)**.

13. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

«Para ayudarme a encontrar un plan que pueda adaptarse a sus necesidades, ¿le importaría que le hiciera preguntas detalladas sobre su situación personal? Por supuesto, esto es opcional. Sin embargo, cuanta más información tenga, mayores serán nuestras posibilidades de encontrar un plan que se ajuste a sus necesidades». **(Haga las preguntas pertinentes. No es necesario hacerlas todas).**

- «¿Cuáles son las 3 cosas que considera importantes en un plan?» **(Proporcione ejemplos si es necesario. Anote).**
- «¿Considera que debería poder acceder a un plan con más beneficios de los que tiene actualmente?» **(Anote).**
- «Muchos beneficiarios de Medicare consideran importante tener copagos más bajos porque visitan a sus médicos regularmente. ¿Se beneficiaría de tener copagos más bajos?» **(Anote).**
- «Varios de nuestros posibles clientes quieren asegurarse de que los gastos más elevados, como las hospitalizaciones, tengan un costo menor. ¿Sería importante para usted?» **(Anote).**
- «Algunas personas tienen dificultades para pagar sus medicamentos porque son costosos. ¿Sería importante para usted reducir el costo de sus medicamentos?» **(Anote).**
- «¿Necesita cobertura auditiva, dental y/o de la vista?» **(Anote).**

- «¿Tiene alguna otra necesidad de atención médica, como equipos médicos duraderos o fisioterapia?» **(Anote).**
- «¿Hay algo más que sea importante para usted o que le gustaría que fuera diferente?» **(Anote).**

«Gracias por responder mis preguntas. Entonces, esto es lo que entiendo que busca en un plan; por favor, dígame si he omitido algo:» **(Resuma todas las respuestas del posible cliente y repítaselas. Anote).**

14. VERIFICACIÓN DE DATOS ESENCIALES

«¿Me autoriza a revisar sus proveedores de atención médica y medicamentos recetados para comprobar si pertenecen a la red o están cubiertos por los planes que examinaremos hoy?»

- **Si responde que no:** «No hay problema. Pero antes de continuar, me gustaría informarle que no todos los proveedores ni todos los medicamentos recetados están cubiertos por todos los planes, y los costos también pueden variar entre ellos. Por lo tanto, si cambia de opinión y desea que consulte alguna información, hágamelo saber».
- **Si responde que sí:** «De acuerdo, perfecto. Revisaremos los proveedores de atención médica y los medicamentos recetados para los que desea tener cobertura, de modo que podamos darle un cálculo aproximado de cuánto costarían estos servicios y medicamentos con los planes que analicemos».

(Verifique los médicos de atención primaria (PCP), especialistas, enfermeros de práctica avanzada, clínicas, etc. Se debe informar sobre la situación de los proveedores respecto a la red y explicar al afiliado que deberá seleccionar nuevos proveedores o pagar los gastos de su bolsillo. Esto también se aplica a hospitales y centros preferidos).

(Documente los medicamentos, ya sean genéricos o de marca, la cantidad y la dosis; analice los costos de los medicamentos recetados en el Resumen de beneficios, informe sobre los límites de cantidad, las autorizaciones previas y el tratamiento escalonado. Proporcione al posible cliente la fecha y el código de Medicare.gov para que pueda acceder a su información. Explique al afiliado que, si los medicamentos recetados no están incluidos en el formulario de medicamentos, podría tener que pagar el precio completo).

15. FARMACIA

«¿Tiene alguna farmacia local que le gustaría asegurarse de que pertenezca a la red?»

- **Si responde que sí:** (Anote).
- **Si responde que no:** «¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar una farmacia que pertenezca a la red del plan que elija?»

(Informe al afiliado sobre la situación de la farmacia y explíquele que, si no pertenece a la red, deberá elegir una nueva farmacia o podría tener que pagar el precio completo de sus medicamentos recetados).

Si la farmacia del afiliado es estándar y el plan cuenta con una red de farmacias preferidas, el agente debe hablar sobre las farmacias preferidas y ayudar al afiliado a elegir una, según corresponda. Si el afiliado no desea cambiarse a una farmacia preferida, el agente debe revisar los copagos de las farmacias estándar para cada uno de sus medicamentos.

16. SNP POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

(SI CORRESPONDE): TAMBIÉN DEBEN INCLUIRSE LOS SIGUIENTES PUNTOS. ESTOS PUNTOS SOLO SE APLICAN A DETERMINADOS TIPOS DE PLANES:

- Revisar la cobertura fuera de la red de los planes PPO o PFFS.
- Revisar la necesidad de tener Medicaid para cumplir los requisitos de un D-SNP.
- Revisar la necesidad de permanecer en un centro institucional de enfermería especializada para cumplir los requisitos de un I-SNP.
- Revisar la necesidad de mantener un fideicomiso o una cuenta de custodia para permanecer inscrito en un MSA. (UHC no ofrece MSA).

LEA ÚNICAMENTE SI LA PERSONA CUMPLE LOS REQUISITOS O SI HAY UN C-SNP DISPONIBLE. PASE A «INTRODUCCIÓN DEL PLAN» SI SOLO DESEA UN PDP.

«Según lo que mencionó anteriormente, usted tiene [NOMBRE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA], lo que significa que podría reunir los requisitos para un plan para necesidades especiales por enfermedades crónicas».

(DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD): «Estos planes pueden estar disponibles para personas con determinadas enfermedades crónicas. No todas las personas a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad crónica necesariamente cumplirán los requisitos para todos los C-SNP».

«En su área ofrecemos planes para necesidades especiales por <Enfermedad crónica y/o doble elegibilidad>. El plan debe confirmar que la persona cumple los requisitos de enfermedades crónicas que permiten acceder al C-SNP antes de la inscripción. Estos planes están diseñados específicamente para personas que:»

- **Si hay un SNP por enfermedades crónicas disponible:** «han sido diagnosticadas con < enumere las enfermedades de los CC-SNP disponibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.>. ¿Le gustaría obtener más información sobre este plan?»
- **Si hay un SNP para personas con doble elegibilidad disponible:** «tienen tanto Medicare como Medicaid. ¿Le gustaría obtener más información sobre este plan?»
- Su posibilidad de inscribirse en este plan para necesidades especiales depende de que se verifique que tiene derecho tanto a Medicare como al nivel de Medicaid requerido.

«Si hay un plan para necesidades especiales por enfermedades crónicas disponible para usted y decide inscribirse, su médico deberá completar un formulario de verificación que [NOMBRE DE LA ASEGURADORA] le enviará a usted o a su médico como parte del proceso de elegibilidad. Deberá programar una cita con su médico tratante durante el primer mes de cobertura para que complete el formulario, lo firme y lo envíe por fax a [NOMBRE DE LA ASEGURADORA]. Usted es responsable de asegurarse de que el formulario se complete y se devuelva. Si no se completa, es posible que se cancele su inscripción en el C-SNP».

17. INTRODUCCIÓN DEL PLAN

«Parece que he encontrado un plan que podría ajustarse a sus necesidades a través de [NOMBRE DE LA ASEGURADORA/NOMBRE DEL PLAN/NÚMERO DEL PLAN], con una prima de [PRIMA] al mes, porque: (Explique por qué el plan parece ser la opción más adecuada)».

18. RESUMEN DE BENEFICIOS

REVISE CON MÁS DETALLE EL PLAN DE INTERÉS LEYENDO LOS ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS EN [PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN APROBADA POR LOS CMS/LA ASEGURADORA] Y UTILICE EL RESUMEN DE BENEFICIOS. DEBE LEER TODAS LAS DECLARACIONES APLICABLES INCLUIDAS EN EL RESUMEN DE BENEFICIOS, INCLUIDA LA LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN. ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS:

- **Prima:** LA PRIMA DEL PLAN ES ADICIONAL A LA PRIMA DE LA PARTE B, [INSERTAR MONTO EN DÓLARES] POR MES/TRIMESTRE/AÑO. ESTO SOLO SE APLICA SI EXISTE UNA PRIMA MAYOR QUE \$0.
- **Si corresponde una reducción de la prima de la Parte B:** «Es posible que haya una demora en la aplicación de la reducción de la prima de la Parte B. La reducción de la prima de la Parte B no es inmediata y puede tardar uno o más ciclos de pago en hacerse efectiva. Una vez que la reducción entre en vigor, se aplicarán los reembolsos retroactivos correspondientes a las reducciones. El reembolso varía según la forma en que se pague la Parte B. Si la prima de la Parte B se paga mediante una deducción del Seguro Social, la reducción se reflejará como una disminución del monto descontado del cheque del Seguro Social. Si la prima de la Parte B se paga directamente, el beneficiario recibirá un crédito en su estado de cuenta de primas. Como recordatorio, para este plan, la reducción de su prima de la Parte B será de [MONTO]; sin embargo, ese monto puede variar según la cantidad que pague por la Parte B».

Nota para el agente: Durante la inscripción, una vez establecido el método de pago de la prima de la Parte B, el agente debe revisar nuevamente la información anterior, adaptándola a la situación específica del beneficiario.

- Deducible médico
- Deducible de la Parte B (si corresponde)
- Deducible y niveles de cobertura de farmacia (Parte D) (si corresponde)
- Gasto máximo de bolsillo (MOOP), tanto dentro como fuera de la red (OON)
- Beneficios dentro de la red (y fuera de la red para los planes PPO/PFFS) correspondientes a:
 - Atención hospitalaria aguda para pacientes internados
 - Atención hospitalaria
 - Consultas médicas
 - Proveedor de atención primaria (PCP)
 - Especialistas
 - Atención preventiva
 - Sala de emergencias (incluida la explicación)
 - Servicios de atención urgente (incluida la definición)
 - Servicios de salud mental para pacientes internados
 - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
 - Cobertura fuera de los Estados Unidos

Nota para el agente: Por lo general, Medicare no cubre a los beneficiarios fuera del país. Revise si este plan ofrece cobertura fuera de los Estados Unidos.

- Otros beneficios suplementarios que pueden estar disponibles incluyen:

NOTA PARA EL AGENTE: Hable únicamente sobre los beneficios suplementarios disponibles con el plan e indique si son obligatorios u opcionales.

- Beneficios dentales
- Beneficios de la vista
- Beneficios auditivos

Nota para el agente: Hable sobre los costos y las limitaciones de los beneficios dentales, de la vista y auditivos.

Explique que estos beneficios no constituyen una «cláusula adicional», sino que forman parte del nuevo plan médico del afiliado. Pregunte específicamente si el consumidor desea revisar estos beneficios, si aún no se han examinado durante la conversación.

Si el agente revisa servicios como los dentales, de la vista, auditivos, productos de venta libre (OTC) o transporte, debe explicar cómo acceder a ellos. El agente debe indicar que el afiliado tiene que utilizar una red, un proveedor comercial o un proveedor de servicios específico. Por ejemplo, el agente debe explicar que, para los servicios dentales, el afiliado debe utilizar la red dental PPO de [NOMBRE DE LA ASEGURADORA].

PREGUNTE SI EL BENEFICIARIO ESTÁ INTERESADO EN REVISAR ALGÚN OTRO BENEFICIO DEL PLAN.

A SOLICITUD DEL BENEFICIARIO, DEBEN REVISARSE LOS BENEFICIOS ADICIONALES:

- Costos y limitaciones de los beneficios dentales, de la vista y auditivos
- Fases de cobertura de la Parte D

Nota para el agente: El agente debe conocer y explicar al beneficiario las normas y declaraciones de exención de responsabilidad relacionadas con los requisitos específicos de las redes de farmacias y cómo pueden afectar el plan seleccionado, incluidos aquellos planes que podrían tener un componente de costos compartidos de farmacias preferidas.

- Revisar la cobertura fuera de los Estados Unidos.
- Beneficios de servicios de diagnóstico/laboratorios/estudios por imágenes
- Beneficios de podología
- Beneficios de atención quiropráctica
- Beneficios de equipos médicos
- Beneficios de rehabilitación
- Período sin cobertura/cobertura catastrófica
- Beneficios de centros de enfermería especializada
- Beneficios de fisioterapia
- Beneficios de ambulancia
- Beneficios de transporte
- Gasto máximo de bolsillo (MOOP), tanto dentro como fuera de la red (OON)

Nota para el agente: Presente cualquier otro beneficio no enumerado que se haya analizado con el consumidor.

Nota para el agente: Si se presenta un beneficio SSBCI, asegúrese de que el consumidor comprenda qué se requiere para cumplir los requisitos y cómo acceder al beneficio. Los CMS exigen que los afiliados tengan determinadas enfermedades crónicas, presenten un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y necesiten una coordinación intensiva de la atención. Cada plan tendrá sus propias políticas para determinar si un afiliado reúne los requisitos para cada SSBCI, las cuales se publicarán en sus sitios web. Además, deben comprender que determinados beneficios SSBCI serán considerados ingresos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Las declaraciones de exención de responsabilidad de SSBCI y HUD pueden utilizarse como referencia. Si se mencionan comercios específicos, el consumidor debe comprender que la participación de los establecimientos comerciales está sujeta a cambios y no garantiza la aceptación de la tarjeta de la cuenta de gastos, y que algunas empresas de alquiler o servicios públicos podrían no aceptar esta forma de pago.

Nota para el agente: [Lea si hay planes DSNP de Molina disponibles en el área de la persona que llama: *Los beneficios mencionados forman parte del programa de beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas que presentan uno de los siguientes trastornos: [lista de enfermedades]. Esta no es una lista completa de las enfermedades que permiten reunir los requisitos. Tener una enfermedad que cumple los requisitos no significa por sí solo que recibirá los beneficios. Es posible que se apliquen otros requisitos de elegibilidad y cobertura*]

Si el plan ofrece y se analizan varias asignaciones, como una asignación para productos de venta libre o para Healthy Options, el agente debe informar al beneficiario que los montos de las asignaciones no pueden combinarse con otras asignaciones de beneficios.

Si el plan ofrece servicios de telemedicina y se analizan, el agente debe informar al beneficiario que las limitaciones de los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no sustituyen la atención de emergencia y no están destinados a reemplazar a su proveedor de atención primaria ni a otros proveedores de su red. Cualquier descripción sobre cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene únicamente fines informativos y no debe interpretarse como asesoramiento médico. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre lo que puede cubrir su plan u otras normas que puedan aplicarse.

Si el plan ofrece un programa de recompensas, como Go365, y se analiza, el agente debe informar al beneficiario que las recompensas no tienen valor en efectivo y deben obtenerse y canjearse dentro del mismo año del plan. Las recompensas que no se canjeen antes del 31 de diciembre se perderán.

Si se ofrece un beneficio nuevo que no estaba disponible anteriormente, por ejemplo, un servicio de telefonía móvil, asegúrese de que el beneficiario comprenda cómo funciona el beneficio.

Si se trata de un plan PDP independiente: (¿Existen planes MAPD en su área que parezcan satisfacer sus necesidades?)

- **Si responde que no:** «Con mucho gusto revisaré con usted más detalladamente los beneficios que ofrecen nuestros planes PDP».

(Revise la prima mensual y las etapas del plan, incluidos los deducibles de medicamentos recetados, niveles y costos compartidos (al menos para suministros de 30 días en farmacias minoristas), el período sin cobertura y el nivel de cobertura catastrófica).

(Si aún no lo ha hecho, ofrezca consultar los medicamentos para determinar si están cubiertos por el plan y explique los límites de cantidad, las autorizaciones previas, el tratamiento escalonado, etc. Si rechaza la oferta de consultar sus medicamentos recetados, recuérdelo): «Le sugiero que los consultemos, ya que es posible que no estén cubiertos o que requieran autorización previa, lo que podría ocasionar gastos de bolsillo mayores de lo esperado».

- **Si responde que sí:** Revise las ventajas de un plan MAPD. **Por ejemplo,** «Con mucho gusto revisaré nuestros planes PDP con usted. También tenemos planes disponibles en su área llamados planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, que combinan la cobertura médica y la de medicamentos recetados. ¿Le importaría decirme qué cobertura médica tiene actualmente? ¿Puedo contarle más sobre nuestros planes Medicare Advantage para ver si tenemos alguna opción que satisfaga todas sus necesidades?»

- **Si responde que sí:** (Compare las primas de un PDP y de los planes MAPD disponibles en su área. Si la persona que llama tiene una cobertura médica diferente de Medicare y le indica cuánto paga de prima, sume el costo de su prima a lo que sería nuestra prima del PDP y compare ese total con la prima de nuestros planes MAPD en su área).
- **Si responde que no:** (Continúe con la explicación del plan PDP).

(Pregunte a la persona que llama si tiene alguna pregunta o si desea hablar más detalladamente sobre algún otro beneficio específico del plan).

- **Si responde que no:** CONTINÚE.
- **Si responde que sí:** (Responda las preguntas y/o proporcione los detalles solicitados y luego continúe).

NOTA PARA EL AGENTE: LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE OTROS DETALLES DEL PLAN PUEDE SER INDIRECTA, COMO CUANDO UN AFILIADO LE INDICA QUE NECESITA OXÍGENO O TRANSPORTE. SI SE REVISAN BENEFICIOS ADICIONALES, TAMBIÉN DEBEN REVISARSE TODAS SUS LIMITACIONES, COMO LAS ASIGNACIONES Y LA FRECUENCIA DE LOS SERVICIOS DENTALES O DE LA VISTA.

19. LA PERSONA QUE LLAMA ELIGE UN PLAN

SI SE ENCUENTRA DENTRO DEL AEP:

- **Si se está hablando sobre un plan que NO se renovará para el próximo año del plan con un beneficiario que tiene un IEP/ICEP o SEP para el año del plan actual:** «[NOMBRE DE LA ASEGURADORA, TIPO DE PLAN, NÚMERO DE CONTRATO/PBP] dejará de estar disponible en esta área a partir del 1 de enero. Puede optar por inscribirse en el plan, pero la cobertura finalizará automáticamente el 31 de diciembre. Usted tiene derecho a inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados entre el 15 de octubre y finales de febrero. Sin embargo, si desea que el nuevo plan entre en vigor el 1 de enero, su solicitud completada debe presentarse y recibirse a más tardar el 31 de diciembre. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados antes del 31 de diciembre, se cancelará su inscripción en su plan actual y solo tendrá Medicare Original a partir del 1 de enero».

«[NOMBRE DEL CLIENTE], parece que hemos encontrado un plan que ofrece lo que estaba buscando. Tiene (enumere los beneficios y servicios en los que el beneficiario manifestó interés anteriormente e infórmele sobre los médicos participantes)».

SI EL CLIENTE TIENE COBERTURA ACTUAL: «Puedo inscribirle hoy por teléfono en este plan de [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN]. Inscribirse hoy en este plan podría reemplazar la cobertura actual de [TIPO DE COBERTURA EXISTENTE, SI CORRESPONDE] que tiene en este momento. Una vez que Medicare lo apruebe, la cobertura de su nuevo plan de [TIPO DE COBERTURA DEL NUEVO PLAN] comenzará el [FECHA DE ENTRADA EN VIGOR]. Entonces, ¿está listo para inscribirse hoy en [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN]?»

- **Si responde que sí:** (Pida al posible cliente que anote el nombre de la aseguradora, el nombre del plan y su número antes de continuar).
- **Si responde que no:** (Aborde sus preguntas e inquietudes).
- **Si el posible cliente no desea continuar, diga:** «¿Me autoriza a hacer un seguimiento con usted durante la próxima semana?»
- **Si responde que no:** Vaya a «**DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»**

- **Si responde que sí:** «He programado su cita para el [FECHA Y HORA].» Vaya a «**DESPEDIDA DE CORTESÍA 1**»
- **(SI DESEA REPROGRAMAR LA INSCRIPCIÓN, PROGRAME UNA CITA Y VAYA A «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»).**
- «La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [INSERTAR SITIO WEB DEL PLAN] o llame al [INSERTAR NÚMERO DE TELÉFONO DEL PLAN] para consultar una copia de la EOC».

SI ES MEDICARE ADVANTAGE: «[NOMBRE DEL CLIENTE], quiero aclarar que este no es un plan de Seguro Suplementario de Medicare, que complementa los beneficios de Medicare Original. Usted se está inscribiendo en un plan Medicare Advantage, que es una alternativa a Medicare Original».

«El Seguro Suplementario de Medicare ayuda a cubrir los «vacíos» de cobertura de Medicare Original. Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que tiene dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde (coseguros y deducibles), y se vende a través de compañías privadas. Medicare Original paga una gran parte, pero no la totalidad, de los costos de los servicios y suministros de atención médica cubiertos. Una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) puede ayudar a pagar algunos de los costos de atención médica restantes, como:

- Copagos
- Coseguros
- Deducibles

Una póliza Medigap es diferente de un plan Medicare Advantage. Esos planes son formas de recibir los beneficios de Medicare, mientras que una póliza Medigap solo complementa sus beneficios de Medicare Original.

«¿Comprende que este es un plan Medicare Advantage? » **(Debe obtener una confirmación clara. Si el posible cliente no está seguro o tiene más preguntas, explique con mayor detalle las diferencias entre un plan de Seguro Suplementario de Medicare y un plan Medicare Advantage).**

20. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

«Antes de continuar, debo informarle que tiene derecho a presentar una queja ante el plan si es necesario. Puede utilizar el Formulario de quejas de Medicare disponible en Medicare.gov o seguir las instrucciones incluidas en los materiales de inscripción de su plan para presentar una queja sobre su plan de salud o de medicamentos de Medicare. Por lo general, puede encontrar la información de contacto de su plan en su tarjeta de inscripción».

21. DERECHO A CANCELAR

«También puede cancelar su plan antes de la fecha de entrada en vigor [indique la fecha específica] si así lo desea. Puede llamar directamente al plan para cancelarlo antes de la fecha de entrada en vigor [indique la fecha específica] o revisar los documentos de su plan, que debería recibir entre 7 y 14 días después de la aprobación, para obtener más información».

22. INSTRUCCIONES PARA DEVOLVER LA LLAMADA EN LLAMADAS SALIENTES. PARA LLAMADAS ENTRANTES, VAYA A LA SECCIÓN 24

(Las inscripciones deben realizarse mediante una llamada entrante del consumidor, A MENOS QUE exista una relación comercial establecida. Existe una relación comercial establecida cuando un beneficiario deja un mensaje solicitando una llamada, completa una tarjeta de respuesta comercial o inicia la relación de alguna otra manera. Si no existe una relación comercial establecida, el agente debe pedir al consumidor que vuelva a llamar a una línea de llamadas entrantes para completar la inscripción).

«[NOMBRE DEL CLIENTE], ahora que hemos determinado que cumple los requisitos de elegibilidad y hemos encontrado un plan que se adapta a sus necesidades, podemos proceder con el siguiente paso, que es la inscripción».

«Los CMS exigen que la inscripción se realice mediante una llamada entrante. Para cumplir con ese requisito, necesitaré que me devuelva la llamada al [XXX-XXX-XXXX]».

(Si el cliente no desea completar la inscripción por teléfono, ofrezca opciones para que se inscriba por su cuenta a través del sitio web de la agencia, un enlace enviado por mensaje de texto o un enlace enviado por correo electrónico).

- **Si responde que sí:** «Mantendré mi línea disponible exclusivamente para usted, para que pueda volver a llamarme de inmediato, ¿está bien?» (Continúe con «EL POSIBLE CLIENTE DEVUELVE LA LLAMADA»).
- **Si responde que no:** (Proponga programar una cita. Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»).

23. EL POSIBLE CLIENTE DEVUELVE LA LLAMADA

«Gracias por llamar al Departamento de Inscripciones de Medicare de [NOMBRE DE LA AGENCIA]. Mi nombre es [NOMBRE DEL AGENTE] y soy un agente de seguros autorizado. ¿Con quién tengo el gusto de hablar hoy?»

«Hola, [NOMBRE DEL CLIENTE], gracias por llamar. Solo para confirmar, nos está devolviendo la llamada para que podamos comenzar su inscripción, ¿correcto?»

«¿Sabe el nombre del plan en el que desea inscribirse? (Ayude al posible cliente a recordarlo si no lo recuerda)».
«Gracias. De acuerdo, comencemos».

24. AVISO DE GRABACIÓN

«Y solo como recordatorio, esta llamada se está grabando con fines de garantía de calidad y capacitación. ¿Me autoriza a continuar grabando?»

Si el beneficiario se opone, finalice la llamada utilizando el guion de «DESPEDIDA DE CORTESÍA 2» que aparece cerca del final de este documento.

25. INSCRIPCIÓN PREVIA

Explique los siguientes pasos: «¡Perfecto! Permítame explicarle lo que debemos hacer a continuación»:

- {textualmente}: «Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente los beneficios y las normas del plan».
- «Explicaré los requisitos del plan (declaraciones obligatorias), revisaré la Lista de verificación previa a la inscripción (PECL) y el Resumen de beneficios, y responderé cualquier pregunta que tenga. También puede consultar la lista de verificación previa a la inscripción en el sitio web de [nombre de la aseguradora]».

La PECL que debe revisarse con el posible afiliado antes de completar la inscripción hace referencia a la información sobre los siguientes puntos:

(i) La EOC

- «La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [insertar sitio web del plan] o llame al [insertar número de teléfono del plan] para consultar una copia de la EOC».

(ii) Directorio de proveedores

- «Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente pertenezcan a la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo».
- **Nota para el agente:** Asegúrese de haber revisado los médicos del beneficiario y de haberle informado si pertenecen o no a la red.

(iii) Directorio de farmacias

- «Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para obtener sus medicamentos recetados pertenezca a la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos recetados».

(iv) Formulario de medicamentos

- «Revise el formulario de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos».
- **Nota para el agente:** Asegúrese de haber revisado los medicamentos recetados del beneficiario y de haber hablado sobre sus costos

(v) Primas/copagos/coseguros

- « [Además de su prima mensual (no se requiere para los planes con una prima de \$0)], debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes».
- «Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de [año]».

(vi) Cobertura de emergencia/urgencia

- «Para los planes que no ofrecen cobertura fuera de la red] Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores)».
- «Para los planes PPO, PFFS y otros planes que ofrecen cobertura fuera de la red] Este plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos [los HMO-POS pueden insertar «determinados servicios cubiertos»], el proveedor debe

aceptar atenderle. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindarle atención. [Si corresponde, los planes deben agregar el siguiente texto] Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados».

(vii) Normas según el tipo de plan

- Consulte las normas del plan a continuación

(viii) Efecto sobre la cobertura actual

- **Efecto sobre la cobertura actual:** «Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, cuando comience su cobertura de Medicare Advantage, podría considerar cancelar su póliza Medigap porque estaría pagando por una cobertura que no puede utilizar».
- **Nota para el agente:** Si la llamada comienza porque la persona está interesada en un producto IDV/OSB, el agente debe explicar que no se trata de una «cláusula adicional» de cobertura auditiva/dental/de la vista, sino de un plan completo.
- **Confirme que comprende el plan:** «¿Comprende cómo funciona el plan?»
- Si responde que sí, continúe.
- Si responde que no, responda todas sus preguntas antes de continuar.

«Si está listo para inscribirse, completaremos la solicitud y procesaremos su firma».

«Una vez que completemos la firma, le proporcionaré el número de solicitud para que lo tenga como referencia, le indicaré cuándo puede esperar recibir los materiales por correo y le daré nuestro número de Servicio al Cliente para que lo tenga como referencia».

- Si el beneficiario ya está afiliado a un plan MA o PDP: «¿Comprende que inscribirse en este plan provocará la cancelación de su inscripción en su plan actual?» (Espere una confirmación clara).

Confirme el deseo de inscribirse {textualmente}: «¿Está listo para inscribirse en <nombre del plan, tipo y número de contrato con PBP>?»

Si responde que sí, continúe.

Si responde que no: Si tiene alguna pregunta o inquietud, responda según corresponda.

26. COMIENZA EL GUION DE INSCRIPCIÓN EN [SUNFIRE]

«Antes de comenzar, ¿tiene alguna pregunta sobre el plan que pueda responderle con más detalle?» (Aborde las preguntas e inquietudes).

Nota para el agente: Si está inscribiendo a una persona en un CSNP, asegúrese de leer TODAS las preguntas obligatorias del formulario de inscripción en línea de la aseguradora. Debe utilizar proveedores participantes, excepto en caso de emergencia; de lo contrario, será responsable de los costos. Su médico debe completar un formulario que verifique su diagnóstico cumple con los requisitos dentro de los 30 días posteriores a la inscripción o se cancelará su inscripción.

«Vamos a comenzar la inscripción ahora».

«Mi nombre es [NOMBRE DEL AGENTE] y soy un agente de seguros autorizado. Hoy es [FECHA]. [NOMBRE COMPLETO DEL POSIBLE CLIENTE], ¿es su intención inscribirse en [NOMBRE DE LA ASEGURADORA, NOMBRE DEL PLAN Y NÚMERO DEL PLAN], con una fecha de entrada en vigor de [FECHA DE ENTRADA EN VIGOR] y una prima mensual de [PRIMA MENSUAL]?»

- **Si responde que sí:** Vaya a «INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN PARA EL AGENTE»
- **Si responde que no:** «En este momento, ha indicado que NO tiene intención de inscribirse en [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN], con una prima mensual de [PRIMA MENSUAL], ¿es correcto?»
- **Si responde que sí:** «¿Tiene alguna pregunta que pueda responderle?»
- **Si responde que sí:** (Responda todas las preguntas y pregunte): «¿Ahora está listo para inscribirse en [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN], con una fecha de entrada en vigor de <FECHA DE ENTRADA EN VIGOR> y una prima mensual de [PRIMA MENSUAL]?»
- **Si responde que sí:** Vaya a «INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN PARA EL AGENTE»
- **Si responde que no:** «¿Le gustaría programar otro momento para completar su inscripción?»
- **Si responde que sí a completar la inscripción ahora:** Vaya a «INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN PARA EL AGENTE»
- **Si responde que sí a reprogramar:** (Programe una cita). «He programado su cita para el [FECHA Y HORA]. ¿Autoriza a [NOMBRE DE LA AGENCIA] a comunicarse con usted para recordarle su cita?»
- **Si responde que sí:** Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»
- **Si responde que no:** «No hay problema, esperaré su llamada el [FECHA Y HORA]. Mantendré mi línea telefónica disponible para su cita». Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1»
- **Si responde que no a reprogramar:** «Lamento que no hayamos podido ayudarle hoy». Vaya a «DESPEDIDA DE CORTESÍA 1».

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN PARA EL AGENTE

«Una vez que completemos la firma, le proporcionaré el número de solicitud para que lo tenga como referencia, le indicaré cuándo puede esperar recibir los materiales por correo y le daré nuestro número de Servicio al Cliente para que lo tenga como referencia».

Si el beneficiario ya está afiliado a un plan MA o PDP: «¿Comprende que inscribirse en este plan provocará la cancelación de su inscripción en su plan actual?» (Espere una confirmación clara).

(PROCEDA CON EL GUION DE INSCRIPCIÓN PARA LLAMADAS ENTRANTES EN LA PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN [SUNFIRE]):

[MULTIPLAN_001_SUNFIRE_ENROLLMENT001_2027_M]

TODOS LOS TEXTOS Y DECLARACIONES DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD APROBADOS PARA LA INSCRIPCIÓN SE ENCUENTRAN EN [SUNFIRE] Y DEBEN LEERSE TEXTUALMENTE.

27. DESPUÉS DE COMPLETAR LA SOLICITUD

- **Si el número de confirmación está disponible:** «¡Gracias! ¡Su solicitud está completa y se ha enviado a [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN]! La inscripción y la cobertura están sujetas a revisión y aprobación por parte de la aseguradora. Tengo su número de confirmación, si está listo para anotarlo. Recuerde que este número no es su número de identificación del plan, sino únicamente un número de referencia para su inscripción. Su número de confirmación es: (Lea el número de confirmación)».

- **Si el número de confirmación no está disponible:** «¡Gracias! ¡Su solicitud está completa y se ha enviado a [ASEGURADORA Y NOMBRE DEL PLAN]! La inscripción y la cobertura están sujetas a revisión y aprobación por parte de la aseguradora. Debido a que nuestro sistema habitual de inscripción no está funcionando en este momento, no puedo proporcionarle un número de confirmación ahora. Después de que [NOMBRE DE LA ASEGURADORA] acepte su solicitud y su declaración grabada, le llamaré dentro de una semana para proporcionarle el número de confirmación».

28. FINALIZACIÓN DE LA LLAMADA

«Ha sido un placer hablar con usted hoy. Si tiene alguna pregunta sobre su plan o si sus necesidades cambian y desea explorar otras opciones de planes, llámeme al <número directo para devolver la llamada>. Si tiene familiares o amigos a quienes les podría resultar útil hablar conmigo, proporcióneme mi número y con mucho gusto también les ayudaré».

«Tengo una última pregunta: en una escala del 1 al 5, donde 5 significa que está completamente satisfecho con su experiencia, ¿qué tan bien [CUMPLIMOS/CUMPLÍ] sus necesidades y expectativas durante esta llamada?»

«¡Gracias!»

29. DESPEDIDA DE CORTESÍA 1

«Lamento que no hayamos podido ayudarle hoy. El Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage y de Medicamentos Recetados es del 15 de octubre al 7 de diciembre. ¿Autoriza a [NOMBRE DE LA AGENCIA] a comunicarse con usted al número que proporcionó para hablar sobre sus opciones de planes de Medicare si se produce algún cambio?»

- **Si responde que sí:** «Al decir «Sí», solicita que un agente de seguros autorizado se comunice con usted al número de teléfono y/o dirección de correo electrónico que proporcionó para hablar sobre las opciones de planes de Medicare, como Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados (Parte D)».
- **Si responde que no: CONTINÚE** «Mientras tanto, si conoce a alguien que necesite ayuda con sus opciones de Medicare, pídale que me llame al [XXX-XXX-XXXX]. Los usuarios de TTY/TDD deben marcar 711, en cualquier momento entre las [9 A. M. Y LAS 7 P. M., ZONA HORARIA, DE LUNES A VIERNES]».

«Muchas gracias y esperamos volver a hablar con usted en el futuro».

30. DESPEDIDA DE CORTESÍA 2

«Debido a las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y de la TCPA, no se nos permite continuar con una llamada a menos que se grabe. Si decide comunicarse conmigo en el futuro para recibir ayuda con sus necesidades de atención médica, llámeme al [XXX-XXX-XXXX]. Los usuarios de TTY/TDD deben marcar 711, en cualquier momento entre las [9 A. M. Y LAS 7 P. M., ZONA HORARIA, DE LUNES A VIERNES]».

«Muchas gracias y que tenga un excelente día».