

Guion de ventas de YPC 2027

– SOLO para uso de agentes de campo

en ventas telefónicas

Objetivo: Los agentes de campo deben utilizar un guion aprobado para todas las actividades de venta telefónica.

Este guion está destinado a los agentes de campo y a las agencias que realizan ventas por teléfono y que tienen contrato a través de YPC para productos MA y PDP, y no puede ser utilizado por centros de llamadas ni por agentes de centros de llamadas.

Nota: Los agentes de centros de llamadas no están autorizados a utilizar este material y deben utilizar el guion del centro de llamadas de YPC.

Tenga en cuenta que este es un guion presentado por YPC y su uso está autorizado únicamente para los agentes que forman parte de la jerarquía de YPC. Si sus contratos con las aseguradoras se gestionan a través de un nivel superior de jerarquía (TOH) diferente, es su responsabilidad obtener las autorizaciones necesarias de dichas aseguradoras y presentar este guion ante ellas antes de utilizarlo.

APERTURA / INTRODUCCIÓN

- «¡Hola!, y gracias por llamar. Me llamo [nombre del agente] y soy agente de seguros autorizado de [nombre de su agencia]. Le informo que nuestra llamada quedará grabada con fines de calidad, cumplimiento normativo, formación y verificación, tal y como permite la legislación aplicable. ¿Le parece bien que continúe?»
 - SI LA RESPUESTA ES NO: Pase a Finalizar la llamada**

DECLARACIÓN DE TPMO (DEBE LEERSE TEXTUALMENTE)

- «No ofrecemos todos los planes disponibles en su zona. Actualmente representamos a [insertar número de organizaciones] organizaciones que ofrecen [insertar número de planes] productos en su zona. Póngase en contacto con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones».

El número de organizaciones y planes se puede consultar en SunFire utilizando el código postal del cliente

- «¿Me llama hoy para revisar sus opciones de cobertura de Medicare, es así?»
 - SÍ LA RESPUESTA ES SÍ:** «Perfecto, estaré encantado de ayudarle. Para ver si puedo ayudarle con su consulta sobre Medicare, ¿cuál es su código postal para que pueda consultar los planes disponibles en su zona?»
 - SI LA RESPUESTA ES NO** «Bueno, soy agente de seguros autorizado y, ya que me tiene al teléfono, ¿qué preguntas sobre su cobertura de Medicare puedo responderle?»
 - SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «Esa es una buena pregunta; para poder atenderle mejor, ¿cuál es su código postal?»
 - SI LA RESPUESTA ES NO (el cliente quiere información sobre reclamaciones, facturación, etc.) *Ayude al cliente potencial a orientarse en la dirección correcta y, a continuación, diga:** «Bueno, soy un agente de seguros autorizado dispuesto a ayudarle a revisar su cobertura actual de Medicare hoy mismo para ver qué opciones podría tener en 2027, pero si [motivo de la llamada] es todo lo que necesitaba hoy, espero que tenga un buen día».

***Finalizar la llamada**

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA

- «Tengo registrado su nombre como [repita el nombre completo del cliente] y su código postal como: [repita el código postal]. ¿Le importaría repetírmelo? ¿En qué condado se encuentra ese código postal?

(O si no dispone de la información del cliente) «¿Cuál es su nombre y su código postal actual para que pueda buscar planes en su zona? ¿En qué condado se encuentra?»

- «Perfecto, en caso de que se corte la conexión durante esta llamada, puede localizarme directamente llamando al [número de teléfono del agente/de la agencia]. ¿Podría facilitarme también un número de teléfono para devolverle la llamada en caso de que se corte la conexión?» **Nota para el agente:** El permiso es de uso único.

AVISO LEGAL DE LA TCPA

- «¿Tiene <nombre del agente/de la agencia> permiso para ponerse en contacto con usted en el futuro con fines de marketing para proporcionarle información sobre Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados, así como sobre sus opciones de inscripción? Su consentimiento es voluntario y permite que <yo/la agencia> me ponga en contacto con usted mediante mensajes de texto o marcación automática para comentarle información sobre los planes de seguro de Medicare. Puede cambiar sus preferencias en cualquier momento sin que ello afecte a su derecho a inscribirse en el plan ni a sus prestaciones. Pueden aplicarse tarifas de datos de su operador».

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

- «Estupendo, ¿está buscando información para usted o para otra persona hoy, Sr./Sra. [nombre del beneficiario]?»
 - **SI BUSCA A OTRA PERSONA:** «¡Genial! Me alegro de que se ocupe de esto en su nombre. ¿Qué relación tiene con el beneficiario? Puedo darle información general sobre los planes de Medicare, pero tendremos que pasarle el teléfono si decide que quiere inscribirse, ¿de acuerdo?»
- «¿Va a ser usted también responsable de tomar sus propias decisiones sobre la atención sanitaria hoy?»
 - **SI LA RESPUESTA ES NO:** «De acuerdo, dado que hoy no puede tomar ninguna decisión relacionada con Medicare, quiero asegurarme de que le proporcionemos esa revisión tan necesaria de su plan para 2027. ¿Podemos incluir a la persona encargada de tomar las decisiones en la llamada? (Intente concertar otra hora para hablar si no está disponible)».
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** (Una vez que se haya incorporado a la llamada) «De acuerdo, ¿podría decirme su nombre y cuál es su relación con el beneficiario? ¿Es usted el representante legal o alguien legalmente autorizado para actuar en nombre del beneficiario según la legislación estatal aplicable? ¿Y puede proporcionar documentación escrita que acredite su autoridad si así lo solicita el CMS? Por ejemplo, ¿dispone de un poder notarial duradero o de una tutela designada por un tribunal?».
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «Gracias. Me llamo [nombre del agente] y soy agente de seguros autorizado de [nombre de su agencia]. No ofrecemos todos los planes disponibles en su zona. Actualmente representamos a [insertar número de organizaciones] organizaciones que ofrecen [insertar número de planes] productos en su zona. Póngase en contacto con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones. Debo informarle de que esta llamada está siendo grabada. ¿Me da su permiso para continuar?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ: Continúe**

- **SI LA RESPUESTA ES NO, Finalizar la llamada**
- **SI LA RESPUESTA ES NO** «Vamos a buscar planes de Medicare y el plan que elija podría modificar su cobertura de seguro médico. Si cuenta con alguien que le ayuda a tomar decisiones sobre su atención sanitaria, ¿está seguro de que no le gustaría que se uniera a la llamada para ayudarlo a decidir qué es lo mejor para usted?»

Nota para el agente: Aunque el beneficiario no quiera que esa persona participe en la llamada, el agente debe tenerlo en cuenta durante toda la conversación y estar atento a posibles problemas de comprensión por parte del afiliado. Señales verbales a las que hay que prestar atención: Mencionar a una persona de apoyo (p. ej., «Mi hija suele encargarse de mi seguro», «Tengo que consultarlo con mi hijo»), expresar confusión o mencionar un deterioro cognitivo. Asegúrese de que el beneficiario tenga tiempo y oportunidad para consultar con esa persona antes de inscribirse. «Ahora bien, ¿cuál es su cobertura actual?»

- **SI EL CLIENTE CONOCE EL TIPO DE COBERTURA:** «Estupendo, entonces tiene [repítale la cobertura y especifique si se trata de una aseguradora a la que usted representa]».
- **SI EL CLIENTE NO CONOCE EL TIPO DE COBERTURA:** «¡No se preocupe, aun así puedo ayudarlo con eso!».
- «Creo que es importante revisar todas las opciones disponibles para que podamos encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades, pero antes de empezar, tengo que leerle un par de avisos más, así que espere un momento mientras recopilo estas preguntas restantes».

ÁMBITO DE APLICACIÓN (DEBE LEERSE TEXTUALMENTE)

Nota para el agente: Para las llamadas salientes, debe disponer de un Permiso de contacto válido o de una Tarjeta de respuesta comercial ya cumplimentada por el beneficiario, así como de un SOA cumplimentado.

- «Trabajo para [nombre de la agencia] y, en su zona, contamos con una amplia variedad de planes, tales como [planes Medicare Advantage, planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage, planes independientes de medicamentos recetados, planes de seguro complementario de Medicare, beneficios complementarios opcionales (OSB), que son servicios que no ofrece Medicare y que no están incluidos en los beneficios básicos ni en los beneficios complementarios obligatorios incluidos en un plan de Medicare Advantage, y que se pueden contratar a su discreción, y planes dentales y oftalmológicos individuales, que son planes de seguro independientes diseñados para proporcionar beneficios dentales y oftalmológicos que no suelen estar incluidos en el Medicare Original]». **(El agente debe enumerar todos los tipos de productos disponibles).** «¿Le gustaría hablar de todas estas opciones o solo le interesan algunas en concreto?» **(Debe esperar a una respuesta afirmativa y proceder en consecuencia según la elección del beneficiario).**
- «Puedo ofrecerle una breve descripción general de cada uno de estos planes en la fecha de hoy [FECHA]; después, podrá decidir qué plan podría ser el más adecuado para usted en función de sus necesidades. ¿Le parece bien?» **(El agente debe esperar la respuesta).**
- «Esta conversación no tiene ningún efecto sobre su cobertura sanitaria actual o futura, a menos que se inscriba en un plan hoy mismo. Hablar conmigo no le obliga a inscribirse ni le inscribe automáticamente en ningún plan». **(Se requiere una respuesta afirmativa).**

Informe a la persona que llama de los planes disponibles en la zona (mencione TODOS los que haya disponibles).

AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD (DEBE LEERSE LITERALMENTE)

- «Tenga en cuenta que no está obligado a facilitar ninguna información relacionada con la salud, a menos que se utilice para determinar su elegibilidad para inscribirse en el plan. Si decide no facilitar la información sanitaria necesaria para determinar dicha elegibilidad, es posible que no pueda inscribirse».

- «Recuerde que, como le he mencionado anteriormente, estoy acreditado y designado por las aseguradoras de Medicare de su zona. Eso significa que hoy analizaré EN PROFUNDIDAD sus opciones de cobertura para asegurarme de que revisamos los planes de su zona que ofrecen prestaciones adicionales. Una característica de los planes Medicare Advantage es que cambian cada año. Esto significa que sus copagos, los gastos de su propio bolsillo e incluso las prestaciones adicionales pueden variar. Es extremadamente importante que compare y evalúe su cobertura cada año».
- «Tenga en cuenta que <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».

Nota del agente: Si la persona que llama no desea facilitar esta información, debe continuar sin ella.

- «¿Tiene actualmente, o va a tener pronto, las Partes A y B de Medicare?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ: Continúe**
 - **SI LA RESPUESTA ES NO** «Lo siento, pero actualmente no cumple con los requisitos para un plan de salud de Medicare; sin embargo, ¿le gustaría recibir más información sobre los planes dentales, oftalmológicos y de indemnización hospitalaria disponibles en su zona?»
 - **SI LA RESPUESTA ES NO** «Llámenos de nuevo unos tres meses antes de que entren en vigor sus prestaciones de Medicare». **Vaya a «CIERRE DE CORTESÍA 1».**
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ: Responda a las preguntas del cliente y ofrézcale orientación según corresponda.**

Si el consumidor solo tiene la Parte A o la Parte B: «Lo siento, pero en este momento no cumple con los requisitos para un plan de salud de Medicare; sin embargo, es posible que cumpla con los requisitos para un plan de la Parte D, que solo requiere tener la Parte A y/o la Parte B de Medicare. ¿Le gustaría que le informara únicamente sobre los planes de la Parte D o también sobre otros planes de salud de Medicare disponibles en su zona?»

- **SI LA RESPUESTA ES SÍ: Continúe**
- **Si el consumidor está interesado en otros planes de Medicare: Responda a sus preguntas y ofrézcale orientación según corresponda.**

Nota para el agente: Si se encuentra en el Período de Inscripción Anual, averigüe si cumple los requisitos para otros períodos de elección (IEP/ICEP o SEP) y, de ser así, determine si el beneficiario desea una fecha de entrada en vigor anterior al 1 de enero:

- **Si la respuesta es «Sí», determine el período de elección al que tiene derecho el beneficiario.**
- **Si la respuesta es «No», continúe con la llamada.**

(LEER SOLO SI ESTÁ EN EL AEP) «Dado que estamos en el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage y del Plan de Medicamentos Recetados, ¿cumple con los requisitos para inscribirse en un plan!»

- «¿Me da permiso para utilizar esta información con el fin de consultar su situación actual y ofrecerle las mejores recomendaciones en función de otros planes disponibles en su zona?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ: (Pase al análisis de necesidades)**
 - **SI LA RESPUESTA ES NO** «Esta información no se compartirá fuera de nuestra plataforma de inscripción y solo me permitirá acceder a las opciones que puedan estar disponibles para usted durante el próximo año de inscripción. No obstante, si no desea continuar, no es necesario que realicemos su revisión hoy».

ANÁLISIS DE NECESIDADES

Determine la cobertura actual de los beneficiarios con SunFire

- «¿Dispone actualmente de alguna otra cobertura, como la de su empresa, un seguro médico individual de cobertura amplia, un plan Medicare colectivo de su empresa, prestaciones de jubilación para la asistencia sanitaria, prestaciones del Departamento de VA o Tricare for Life/CHAMPVA?»

Nota del agente: Las prestaciones sanitarias del Departamento de VA son diferentes de Tricare for Life y ChampVA.

- **SI LA RESPUESTA ES NO:** Continúe con la siguiente sección de criterios de elegibilidad
- **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** El agente debe explicar cómo puede verse afectada la cobertura actual.
- **SI ES DE LA EMPRESA O DEL SINDICATO:** «Inscribirse en un plan Medicare Advantage puede afectar a su capacidad para mantener la cobertura sanitaria de su empresa o sindicato. Usted o sus personas a cargo podrían perder por completo su otra cobertura sanitaria o de medicamentos y no recuperarla si se inscribe. Si no está seguro de cómo podría verse afectada, puede revisar las comunicaciones que le envía su empresa o sindicato, visitar su página web o ponerse en contacto con la oficina que figura en dichas comunicaciones. Si no hay información sobre a quién dirigirse, el administrador de prestaciones <su/de ellos> o la oficina que responde a preguntas sobre <su/de ellos> cobertura pueden ayudarle».
- «¿Ya ha hablado con su administrador de prestaciones y aun así desea continuar con la solicitud de inscripción?»
- **SI:** Continúe
- **SI LA RESPUESTA ES NO** Finalizar la llamada
- **SI SE TRATA DE UNA COBERTURA INDIVIDUAL:** pregúntele si va a dar de baja esa cobertura para evitar la duplicación de coberturas.
- **SI ES VA:** «La asistencia sanitaria del VA y Medicare Advantage son independientes. La asistencia sanitaria del VA no puede facturar a Medicare Advantage y Medicare Advantage no puede facturar al VA. No puede aprovechar tanto la cobertura del VA como un plan MA para un mismo servicio o reclamación. Deberá utilizar el VA para los servicios y recetas cubiertos por el VA, o el plan MA para médicos y hospitales civiles. Tener un plan Medicare Advantage no afectará a los servicios sanitarios del VA. Puede ser útil considerar un plan MA para quienes tienen cobertura del VA, ya que permitiría el acceso a más proveedores civiles dentro de la red del plan MA».
- **SI TIENE TRICARE FOR LIFE O CHAMPVA:** «Las prestaciones de Tricare for Life o ChampVA suelen ser más completas que las de la mayoría de los demás tipos de cobertura disponibles, pero darse de alta en un plan de Medicare afectará a su Tricare o ChampVA. Por ejemplo, el pago de las reclamaciones se realizará de forma diferente y requerirá la coordinación entre el beneficiario y el proveedor; Tricare/ChampVA pasará a ser el seguro secundario si se selecciona un plan MA/MAPD; quedará limitado a la red de proveedores del plan MA/MAPD, y el plan MA/MAPD no podrá utilizarse únicamente para prestaciones adicionales como la odontología o la audición. Por lo tanto, aunque puede inscribirse en un plan MA/MAPD, no es recomendable».
- «¿Desea continuar con esta llamada para informarse sobre las opciones de MA/MAPD?»
 - **SI LA RESPUESTA ES NO** *Finalizar la llamada
- «Ahora que hemos determinado su cobertura de Medicare, ¿también está afiliado a Medicaid o al LIS?»
 - **SI:** (Anotar que se le ofrecerá más adelante una revisión de los planes D-SNP)

Consulte la Guía complementaria sobre el período de elección para obtener una visión general de los períodos de elección a los que tiene derecho el beneficiario

- «En lo que respecta a Medicare Advantage, muchos planes incluyen prestaciones dentales, oftalmológicas, auditivas, de medicamentos sin receta y de transporte. Pero lo que diferencia a estos planes es la cuantía de cada prestación que se recibe, así como los copagos y los gastos de bolsillo».

Nota para el agente: Los agentes no deben mencionar ninguna prestación que no esté disponible en la zona de cobertura

- «¿Cuál de esas prestaciones considera que es más importante para usted?» (El cliente indica la prestación)
- «¡Genial! Me aseguraré de encontrar un plan que le ofrezca (la prestación que ha elegido)».
- «¿Hay alguna aseguradora que le gustaría que tuviera en cuenta específicamente, o que prefiera que evite? Muy bien, me aseguraré de encontrar un plan con o sin [aseguradora indicada]».
- «¿Me da permiso para hablarle hoy sobre sus medicamentos y sus médicos?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «¿Hay algún medicamento que debamos asegurarnos de que esté cubierto en este plan?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** Genial, adelante, tome su lista de medicamentos y los añadiré.

Nota del agente: identifique correctamente el medicamento, el nombre, la forma, el tamaño, la dosis y la frecuencia.

- **SI LA RESPUESTA ES NO** «No hay problema. Pero antes de continuar, me gustaría que supiera que no todas las recetas están cubiertas por todos los planes y que el costo también puede variar de un plan a otro. Le sugiero que, si tiene recetas, las consultemos, ya que es importante asegurarse de que estén cubiertas por el plan que elija y tener una idea de los costos. También podemos hacerlo más adelante en el proceso, antes de la inscripción, si lo prefiere. Así que, si cambia de opinión y quiere que consulte algo, hágamelo saber».

SIEMPRE HAY QUE OFRECERSE A COMPROBAR LA RED DE FARMACIAS

- «¿Hay alguna farmacia de la que quiera asegurarse de que está incluida en la red?»

Nota para el agente: Explique que tendrá que elegir una nueva farmacia si su farmacia actual no está incluida en la red del plan. Si la farmacia del afiliado es una farmacia estándar y el plan cuenta con una red de farmacias preferentes, comente las farmacias preferentes y ofrézcase a ayudar al afiliado a seleccionar una farmacia preferente según corresponda.

SIEMPRE DEBE OFRECERSE A REVISAR EL ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES

Nota del agente: Esta información es fundamental para comunicar adecuadamente al beneficiario si su médico de cabecera está dentro o fuera de la red. Si está fuera de la red, explíquelo que tendrá que elegir otros médicos o pagar de su propio bolsillo. «¿Tiene algún médico de cabecera o algún especialista de los que le gustaría asegurarse de que estén dentro de la red?»

- **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «¿Quiénes son sus médicos?»
- **SI LA RESPUESTA ES NO** Si el cliente no tiene médico de cabecera y está buscando planes HMO, ofrézcale buscarle uno cerca de su domicilio.
- «¿Tiene alguna otra necesidad de atención sanitaria, como la necesidad de equipo médico duradero o fisioterapia?» «¿Hay algún otro centro preferido que deba estar dentro de la red?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** Explique que, en el caso de las HMO, debe permanecer dentro de la red para que el plan cubra los gastos, EXCEPTO en casos de emergencia y urgencia; O que, si se trata de una PPO, le permite acudir a cualquier médico que desee, aunque si acude fuera de la red es posible que tenga que asumir algunos costos adicionales.

Nota para el agente: Explique si se requiere o no la derivación médica. «¿Hay algún hospital preferido que deba estar dentro de la red?»

- **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** Explique que, si el hospital preferido no está dentro de la red, tendrá que elegir un hospital que sí lo esté. **Nota para el agente:** Explique si se requiere o no la derivación médica.
- «¿Tiene alguna otra necesidad sanitaria que debamos tener en cuenta a la hora de buscar un plan?»

Nota para el agente: Otros ejemplos de preguntas que se pueden plantear durante el análisis NEADS incluyen, entre otros:

- «¿Cuánto paga por cada uno?» (**Cantidad al mes y al año**).
- «¿Qué es lo que más le gusta de su cobertura actual? ¿Algún beneficio, médico, hospital, farmacia, costo u otras preferencias?»
- «¿Qué añadiría o modificaría para tener una cobertura que le gustara aún más?»
- «¿Qué espera conseguir al cambiar su plan de cobertura?»
- «¿Busca un plan con cobertura auditiva, dental y/o oftalmológica?»
- «¿Hay algo que le resulte más importante, como la cobertura sanitaria frente a la de medicamentos recetados?»
- «¿Tiene alguna preferencia por algún tipo de plan, como HMO o PPO?»
- «¿Forman parte de su estilo de vida los viajes o vivir en otro lugar de vez en cuando?»
- «¿En qué tipo de plan de salud quiere darse de alta?» (¿prima baja y copago más alto, o al revés?)
- «Ahora, [nombre del cliente], voy a hacer todo lo posible por encontrar un plan en el que sus médicos estén dentro de la red, pero, tal y como hemos comentado antes, nos centraremos en conseguirle un plan con prestaciones adicionales».
- «Entonces, lo que voy a hacer ahora es ponerle un momento en espera mientras reviso [número de planes en la zona] para que podamos encontrar un plan que cubra a sus médicos y sus recetas, y que le ofrezca las prestaciones adicionales a las que pueda tener derecho». (**Poner al cliente en espera**)

Si hay planes para necesidades especiales disponibles en la zona de la persona que llama, antes de entrar en detalles, indique:

- «En su zona ofrecemos planes de necesidades especiales para <cuidados crónicos y/o para personas con doble elegibilidad>. Se trata de planes diseñados específicamente para cualquier persona que:»
 - **(Si hay disponible un SNP para Cuidados Crónicos):** «haya sido diagnosticado con <enumere las afecciones de los planes de SNP, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.>. ¿Le gustaría saber más sobre este plan?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «Es necesario un proceso de verificación médica para confirmar su afección crónica antes de que finalice el primer mes de inscripción en el nuevo plan. Usted es responsable de asegurarse de que el formulario se rellene y se envíe. Si no se rellena, su inscripción en el C-SNP quedará anulada. Los procesos pueden variar según la aseguradora. Consulte la documentación para nuevos afiliados».
 - **SI LA RESPUESTA ES NO** continúe con la llamada.
 - **(Si está disponible el SNP para personas con doble elegibilidad):** «tiene tanto Medicare como Medicaid. ¿Le gustaría saber más sobre este plan?»

- **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «Su posibilidad de inscribirse en este plan de necesidades especiales depende de que se verifique que tiene derecho tanto a Medicare como al nivel de Medicaid que cumple con los requisitos».
- **SI LA RESPUESTA ES NO** continúe con la llamada.

Nota para el agente: Si la persona que llama decide posteriormente inscribirse en un CSNP, será necesario explicarle la información anterior

DURANTE EL AEP: si se habla de un plan que **NO** se renovará para el próximo año del plan para un beneficiario con IEP/ICEP o SEP para el año del plan actual, indique **{textualmente}**: «[Nombre de la aseguradora, tipo de plan, número de contrato/PBP] no estará disponible en esta zona a partir de enero. Puede optar por inscribirse en el plan, pero la cobertura finalizará automáticamente el 31 de diciembre. Usted cumple con los requisitos para inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados durante el Período de Inscripción Anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si se le pasa el Período de Inscripción Anual, puede tener derecho a un Período de Inscripción Especial desde el 8 de diciembre hasta el último día de febrero de 2027. Sin embargo, si desea que el nuevo plan entre en vigor el 1 de enero, su solicitud cumplimentada debe enviarse y recibirse antes del 31 de diciembre. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados antes del 31 de diciembre, se le dará de baja de su plan actual y, a partir del 1 de enero, solo dispondrá de Medicare Original».

- **Si no es durante el AEP,** consulte la «GUÍA COMPLEMENTARIA DEL PERÍODO DE ELECCIÓN» para preguntas relacionadas con el período de elección.

REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS (SOLO PARA PLANES PDP INDEPENDIENTES)

(¿Hay planes MAPD en su zona que parezcan satisfacer sus necesidades?)

- **SI LA RESPUESTA ES NO** «Estaré encantado de repasar con usted con más detalle las prestaciones que ofrecen nuestros planes PDP».

(Revise la prima mensual y las fases del plan, incluidos cualquier deducible de medicamentos recetados, niveles de cobertura y copagos (al menos para 30 días en farmacias), y el nivel de cobertura para gastos catastróficos.)

(Si aún no lo ha hecho, ofrézcase a consultar cualquier medicamento para determinar la cobertura del plan. Si rechazan la oferta de consultar sus recetas, recuérdelos): «Le sugiero que las consultemos, ya que es posible que no estén cubiertas o que requieran autorización previa, lo que podría suponer unos gastos de bolsillo más elevados de lo esperado».

- **SI LA RESPUESTA ES SÍ: Explique las ventajas de un plan MAPD.** Por ejemplo: «Estaré encantado de repasar con usted nuestros planes PDP. También disponemos de planes en su zona denominados «planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage», que combinan la cobertura médica y la de medicamentos recetados. ¿Le importa si le pregunto qué cobertura médica tiene actualmente? ¿Puedo darle más información sobre nuestros planes de Medicare Advantage para ver si tenemos alguno que se adapte a todas sus necesidades?».
- **SI LA RESPUESTA ES SÍ: (Compare las primas de un plan PDP y de los planes MAPD de su zona. Si la persona que llama tiene otra cobertura médica distinta de Medicare y le indica cuánto paga por su prima, sume el costo de su prima a lo que costaría nuestra prima del plan PDP y compare ese total con la prima de nuestros planes MAPD en su zona.)**
- **SI LA RESPUESTA ES NO (Continúe explicando el plan PDP.)**

(Pregunte a la persona que llama si tiene alguna duda o si le gustaría hablar con más detalle sobre alguna otra prestación específica del plan.)

- SI LA RESPUESTA ES NO, Continúe
- SI LA RESPUESTA ES SÍ: (Responda a las preguntas y/o facilite los detalles solicitados y, a continuación, continúe.)

Nota para el agente: la indicación para proporcionar otros detalles del plan puede ser indirecta, como por ejemplo que un afiliado le diga que necesita oxígeno o transporte. Si se revisan prestaciones adicionales, también deben revisarse todas las limitaciones, como por ejemplo si se trata de prestaciones estándar del plan Medicare Advantage, prestaciones complementarias y/o prestaciones que puedan estar sujetas a criterios de elegibilidad específicos del plan, requisitos de cualificación u otras restricciones, limitaciones o restricciones en cuanto a las asignaciones y frecuencias de los servicios dentales y/o oftalmológicos.

REVISIÓN DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS (PPO/PFFS/HMO)

- «Basándonos en la información que me ha facilitado, hemos encontrado un plan en su zona que podría ser adecuado para usted».

(Nombre de la aseguradora, nombre del plan, número del plan y costo)

(Repase los requisitos de la declaración de cobertura (SOB) del plan, el desglose de los costos de los medicamentos y los médicos).

Parte obligatoria del SOB:

Prestación	Detalles
Prima del plan	{insertar importe en dólares} al mes/trimestre/año. [Esto solo se aplica si la prima es superior a 0 dólares.] Si procede, compara la prima actual con la de otro plan.
Reducción de la prima de la Parte B	(Si procede) «Puede producirse un retraso 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 abonarán los pagos atrasados correspondientes. El reembolso varía en función de cómo se pague la Parte B. Si la reducción de la prima de la Parte B se abona mediante una deducción de la Seguridad Social, aparecerá como una reducción en el cheque de la Seguridad Social. Si la reducción de la prima de la Parte B se abona directamente, el beneficiario recibirá un abono en su estado de cuenta de la prima. Le recordamos que, para este plan, su reducción de la prima de la Parte B será de [importe], aunque dicho importe puede variar en función de la cantidad que pague por la Parte B».
Deducible médico/de la Parte B	(Si procede)
Deducibles de medicamentos que superen los \$ 0	
Deducible de farmacia (Parte D) y niveles a los que se aplica	(Si procede)
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	(Si procede) (Dentro y fuera de la red)
Atención hospitalaria aguda	
Hospitalización	(Indique los importes del copago y por día) (Dentro y fuera de la red)
Atención hospitalaria ambulatoria	(Dentro y fuera de la red)
Copagos del médico de cabecera	(Dentro y fuera de la red)
Copagos de especialistas, incluidos los servicios de salud mental	(Dentro y fuera de la red)
Copagos por uso atención en sala de emergencia y de urgencias: indique los importes	(Dentro y fuera de la red)
Atención preventiva	(Dentro y fuera de la red)
Cobertura fuera de Estados Unidos	
Principales prestaciones adicionales de interés para el cliente potencial	(ejemplos, entre otros: análisis clínicos, centros de enfermería especializada, fisioterapia, rehabilitación y prestaciones dentales, oftalmológicas, de medicamentos sin receta, auditivas, de transporte, de fitness y podología con valor añadido) (PARA las prestaciones dentales, oftalmológicas y auditivas (DVH), EXPLIQUE QUE NO SE TRATA DE UNA CLÁUSULA ADICIONAL DE DVH, SINO DE UN PLAN COMPLETO)
Comente los costos y las limitaciones de los servicios dentales, oftalmológicos y auditivos.	
Revise otros beneficios si se solicitan, tales como:	Prestaciones quiroprácticas Prestaciones de equipamiento médico Cobertura catastrófica

Si se mencionan las prestaciones complementarias especiales para enfermos crónicos (SSBCI), indique:

- «Algunas de las prestaciones que hemos comentado son prestaciones complementarias especiales disponibles únicamente para los afiliados con enfermedades crónicas que padezcan una afección que cumpla con los requisitos, como <Afección principal 1>, <Afección principal 2>, <Afección principal 3>, <Afección principal 4> y/o <Afección principal 5>. Puede haber otras afecciones que cumplan con los requisitos y que no figuren en la lista. Tener una afección que cumpla con los requisitos no significa que vaya a recibir la prestación; la cobertura depende de que se le considere un «afiliado con enfermedad crónica».

Nota para el agente: Si se presenta una prestación del SSBCI, asegúrese de que el consumidor comprenda qué se requiere para cumplir con los requisitos y cómo hacerlo, lo que puede incluir confirmar con sus médicos que padece una afección que cumple con los requisitos para poder recibir las prestaciones adicionales. Los CMS exigen que los afiliados padezcan determinadas afecciones crónicas, presenten un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requieran una coordinación intensiva de la atención. Cada plan tendrá sus propias políticas para determinar si un afiliado cumple con los requisitos para cada SSBCI, que se publicarán en sus sitios web. Además, deben comprender que ciertos beneficios de SSBCI serán considerados como ingresos por el Department of Housing and Urban Development de los Estados Unidos. Se pueden utilizar como referencia el aviso legal del SSBCI y los avisos legales del HUD. Si se mencionan comercios concretos, el consumidor debe comprender que la participación de los comercios está sujeta a cambios y no garantiza la aceptación de la tarjeta de la cuenta de gastos, y que es posible que algunas empresas de alquiler o de servicios públicos no acepten esta forma de pago.

Si el plan ofrece y se mencionan varias asignaciones, como la asignación para medicamentos sin receta o la de «Healthy Options», el agente debe informar al beneficiario de que los importes de estas asignaciones no pueden combinarse con otras asignaciones de prestaciones.

Si el plan ofrece y se menciona la telemedicina, el agente debe informar al beneficiario de que las limitaciones de los servicios de telesalud, también denominados visitas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no sustituyen a la atención de urgencias y no pretenden sustituir a su médico de cabecera ni a otros profesionales de su red. Cualquier descripción sobre cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene únicamente fines informativos y no debe interpretarse como consejo médico. Consulte su certificado de cobertura para obtener más detalles 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 habla de él, el agente debe informar al beneficiario de 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 una nueva prestación que antes no estaba disponible, por ejemplo, un servicio de telefonía móvil, asegúrese de que el beneficiario comprenda cómo funciona dicha prestación.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Nota para el agente: ¿Figuran los medicamentos recetados al beneficiario en el formulario? Si no es así, explíquele que es posible que tenga que pagar el precio íntegro de la receta.

- «Muy bien, [nombre del cliente]. Según la información que he recopilado, hemos comprobado que todos sus medicamentos recetados figuran en el formulario de este plan».

Cuando un medicamento recetado no figura en el formulario, el agente explica que es posible que el afiliado tenga que pagar el precio íntegro. Si el agente explica cómo el afiliado puede obtener la aprobación del medicamento recetado mediante una excepción al formulario.

(Es imprescindible hablar del costo e identificar con precisión los medicamentos. Comente la información relativa a las diferencias en el reparto de costos en función de si la farmacia es preferida o no preferida, si se trata de un pedido por correo, de cuidados a largo plazo (LTC) o de infusión a domicilio, y si el suministro es de 30 o 90 días).

Explique los límites de cantidad, la terapia escalonada y la autorización previa (si procede para las recetas)

- «[Nombre del cliente], también hemos podido encontrarle un plan que ofrece: (En este punto, enumere las prestaciones adicionales proporcionadas)».
 - (Si procede, enumere las prestaciones aplicables): **\$ Odontología, \$ Oftalmología, \$ Audición, \$ Límite máximo de gastos de bolsillo más bajo, \$ Costo de medicamentos, copagos, \$ medicamentos sin receta, etc.**
 - Si el agente revisa servicios como los dentales, oftalmológicos, auditivos, de medicamentos sin receta o de transporte, el agente explica cómo acceder a estos servicios. El agente indica que los afiliados deben utilizar una red, un proveedor o un prestador específicos. Por ejemplo, el agente explica que, para los servicios dentales, el afiliado debe utilizar la red Aetna Dental PPO.

NOTA PARA EL AGENTE: Utilice la cantidad real en dólares para ayudar a ilustrar la situación. (Cifras reales)

REVISIÓN DE LA RED

- «Hemos podido verificar que [enumera los nombres de los médicos que están dentro de la red del plan]».
 - **(Si el médico o los médicos no están en la red)** «No todos sus médicos están incluidos en la red de este plan; tendremos que cambiar de proveedor para que el plan cubra sus gastos, pero he podido encontrar [enumerar los nombres y especialidades de los médicos que se van a sustituir] que sí están en la red de este plan.
- «¿Hay algún otro centro preferido que deba estar dentro de la red?»
 - **SI PROCEDE:** Explique que, en el caso de una HMO, debe permanecer dentro de la red para que el plan pague, EXCEPTO en casos de emergencia y urgencia; O, si se trata de una PPO, le permite acudir a cualquier médico que desee, aunque si acude fuera de la red puede tener que asumir algunos costos adicionales.

NOTA DEL AGENTE: Explique si se requiere o no la derivación médica.

- «¿Hay algún hospital preferente que deba estar dentro de la red?»

SI PROCEDE: Explique que, si el hospital preferido no está dentro de la red, tendrá que elegir un hospital que sí lo esté. **NOTA DEL AGENTE:** Explique si se requiere o no la derivación médica.

¿Tiene alguna otra necesidad sanitaria que debamos tener en cuenta a la hora de buscar un plan?

- «Ahora, [nombre del cliente], dado que hemos encontrado un plan que se adapta a sus necesidades, coja su tarjeta de Medicare y podamos pasar a la última fase del proceso. Tenga en cuenta que la inscripción en este plan Medicare Advantage sustituirá a la cobertura actual <aclarar el tipo de cobertura existente> que tiene hoy. Una vez aprobada por Medicare, la cobertura de su nuevo plan <aclarar el tipo de cobertura del nuevo plan> entrará en vigor el <fecha de entrada en vigor>. <Nombre del consumidor>, ¿desea inscribirse en el <nombre/ tipo del plan> con fecha de entrada en vigor el <mm/dd/aaaa>?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ: «Vamos a iniciar el proceso de inscripción».**
 - **SI LA RESPUESTA ES NO:** averigüe si tiene alguna pregunta adicional o, si el beneficiario no está preparado para inscribirse, finalice la llamada.
 - **Si no está interesado en la inscripción telefónica, indique:** «Existen otras opciones disponibles para que se inscriba». Enumere las opciones disponibles.

CIERRE DE LA VENTA / PREINSCRIPCIÓN

- «Solo me llevará unos minutos iniciar el proceso de inscripción y es posible que tenga algunas preguntas adicionales para usted». ***Rellene la parte correspondiente al agente de la solicitud de inscripción.**

Una vez que la persona que llama acepte continuar con la inscripción: Explique los siguientes pasos: «¡Genial! Déjeme explicarle lo que tenemos que hacer a continuación»:

- {textual}: «Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente las prestaciones y las normas del plan».
- «Le explicaré los requisitos del plan (información obligatoria), revisaré la lista de comprobación previa a la inscripción (PECL) y el resumen de prestaciones, y responderé a cualquier pregunta que tenga. La lista de comprobación previa a la inscripción también se puede consultar en la página web de [nombre de la aseguradora]».

La PECL, que debe revisarse con el posible afiliado antes de completar la inscripción, hace referencia a la siguiente información:

- (i) La EOC
 - «La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y las prestaciones 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) El directorio de proveedores
 - «Consulte el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude actualmente forman parte de la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir un nuevo médico».
 - Nota del agente: Asegúrese de que se haya comprobado si el médico o los médicos del beneficiario figuran en la red y de que se le haya informado al beneficiario al respecto.
- (iii) Directorio de farmacias
 - «Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para adquirir cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas».
- (iv) Formulario
 - «Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos».
 - Nota para el agente: Asegúrese de que se hayan revisado las recetas del beneficiario y de que se haya hablado del costo de las mismas
- (v) Primas/copagos/coseguro
 - «[Además de su prima mensual (no es necesaria en los planes con una prima de \$ 0 dólares)], debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima se deduce normalmente cada mes de su cheque de la Seguridad Social».
 - «Las prestaciones, las primas y/o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de [año]».
- (vi) Cobertura de emergencias y urgencias
 - «Para los planes que no ofrecen cobertura fuera de la red] Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores)».

- «Para los planes PPO, PFFS y otros que ofrecen cobertura fuera de la red] Este plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no concertados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos [los planes HMO-POS pueden insertar «determinados servicios cubiertos»], el proveedor debe aceptar atenderle. Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no concertados pueden denegar la atención. [Si procede, los planes deben añadir el siguiente texto] Además, usted pagará un copago más elevado por los servicios recibidos de proveedores no contratados».
- (vii) Normas específicas del tipo de plan
 - Consulte las normas del plan a continuación
- (viii) Efecto sobre la cobertura actual
 - **Efecto sobre la cobertura actual:** «Si actualmente está afiliado a un plan Medicare Advantage, su cobertura sanitaria actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que le convenga dar de baja su póliza Medigap, ya que estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar».
 - **Nota para el agente:** Si la llamada se inicia por interés en un producto IDV/OSB, el agente debe explicar que no se trata de una «cláusula adicional» de audición, odontología o visión, sino de un plan completo
- Derecho a cancelar la inscripción, así como la fecha concreta hasta la que se puede realizar la cancelación
- Cómo presentar una reclamación: si fuera necesario, puede presentar una reclamación ante el plan; póngase en contacto con el número de atención al cliente de [el plan] [teléfono] o consulte la documentación de su plan para obtener más información.
- Explique que el plan funciona por año natural, por lo que las prestaciones pueden cambiar el 1 de enero del año siguiente.
- «Solo para confirmarlo antes de firmar la solicitud: ¿entiende cómo funciona el plan y está listo para inscribirse?»
 - **Debe responder a cualquier pregunta adicional y obtener la confirmación de que están listos para inscribirse.**
 - «Una vez que hayamos firmado, le daré el número de solicitud para que lo tenga como referencia, le diré cuándo recibirá la documentación por correo y le facilitaré nuestro número de Atención al Cliente para su referencia.
 - Si el beneficiario ya es afiliado a un plan MA o PDP: «¿Entiende que la inscripción en este plan supondrá la baja de su plan actual? (Espere a que lo confirme claramente).

El agente debe leer todas las exenciones de responsabilidad y preguntas de la solicitud de SunFire

MULTIPLAN_001_SUNFIRE_ENROLLMENT001_2027_M

Una vez completada la parte del agente: «[Nombre del cliente], tengo la solicitud de inscripción cumplimentada y lista para que la firme».

- «¿Prefiere recibir el enlace para firmar por correo electrónico o por mensaje de texto en su smartphone?»
 - **SI LA RESPUESTA ES SÍ:** «Estupendo, se lo voy a enviar ahora mismo. Su código de seguridad personal para completar la firma es [XXXXXX]».

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 considerar otras opciones de plan, llámeme al <número de devolución de llamada directo>. Si tiene algún familiar o amigo que pudiera beneficiarse de hablar conmigo, por favor, facilítele mi número y estaré encantado de ayudarles también».

Finalizar la llamada: «Gracias por <llamar/elegir> <nombre de la empresa> y que tenga un buen día».

DESPEDIDA CORTÉS 1

- «Lamento que hoy no hayamos podido ayudarle. El período de inscripción anual para Medicare Advantage y el plan de medicamentos recetados va del 15 de octubre al 7 de diciembre. ¿Autoriza a [NOMBRE DE LA AGENCIA] a ponerse en contacto con usted en el número que nos ha facilitado para informarle sobre las opciones de su plan de Medicare si se produce algún cambio?»
 - **Si la respuesta es «Sí»:** «Al decir «SÍ», está solicitando que un agente de seguros autorizado se ponga en contacto con usted en el número de teléfono y/o la dirección de correo electrónico que nos ha facilitado para hablar sobre las opciones de planes de Medicare, como Medicare Advantage y el plan de medicamentos recetados (Parte D)».
 - **Si la respuesta es «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 el 711, en cualquier momento entre [de 9:00 a 19:00, ZONA HORARIA, de lunes a viernes]».
- «Muchas gracias y esperamos volver a hablar con usted en el futuro».

GUÍA COMPLEMENTARIA DEL PERÍODO DE ELECCIÓN

- ¿Se realiza esta llamada durante el AEP <del 15 de octubre al 7 de diciembre>?
- Si es durante el AEP, averigüe si cumple con los requisitos para otros períodos de elección (IEP/ICEP o SEP) y, de ser así, determine si el beneficiario desea una fecha de entrada en vigor anterior al 1 de enero:
 - **Si la respuesta es sí,** determine el período de elección al que tiene derecho el beneficiario.
 - **Si la respuesta es no,** continúe con la llamada.
- **Si NO es durante el AEP, indique:** «Dado que actualmente nos encontramos fuera del Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage y del Plan de Medicamentos Recetados, que se extiende 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 disponer de un Período de Elección Especial (SEP) para poder optar a un plan de Medicare Advantage o al Plan de Medicamentos Recetados. Existen varios períodos de elección a los que puede tener derecho, en función de sus circunstancias. Me gustaría hacerle algunas preguntas para determinar si cumple con los requisitos para inscribirse hoy, ¿de acuerdo?» (Consulte el Manual de Atención Gestionada de Medicare, capítulo 2 —Inscripción y baja en Medicare Advantage—, sección 30.4 —Período de elección especial (SEP)—
- **¿Reúne la persona que llama los requisitos para un período de elección en este momento? Haga las siguientes preguntas hasta que reciba una respuesta afirmativa. Una vez que reciba un «Sí», informe a la persona que llama sobre el SEP correspondiente; por ejemplo, si se trata del SEP MOV, indíquele que dispone de un mes antes y dos meses después para completar su inscripción. Luego continúe.**
 - «¿Es usted nuevo en Medicare?» (ICEP: Período de elección de cobertura inicial)

- «¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage y desea realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP)?»
- «¿Se ha mudado recientemente fuera del área de cobertura de su plan, o se ha mudado y este plan es una nueva opción? De ser así, ¿cuál fue la fecha?»
- «¿Ha salido recientemente de prisión? De ser así, ¿cuál fue la fecha?»
- «¿Ha regresado recientemente a Estados Unidos tras haber vivido de forma permanente fuera del país? De ser así, ¿cuál fue la fecha?»
- «¿Ha obtenido recientemente la condición de residencia legal en Estados Unidos? De ser así, ¿en qué fecha obtuvo esta condición?»
- «¿Ha habido algún cambio recientemente en su cobertura de Medicaid (se ha dado de alta en Medicaid, ha cambiado el nivel de asistencia de Medicaid o ha perdido la cobertura de Medicaid)? De ser así, ¿en qué fecha se produjo este cambio?»
- «¿Ha habido recientemente algún cambio en su «Ayuda adicional» para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (ha recibido recientemente la «Ayuda adicional», ha habido un cambio en el nivel de la «Ayuda adicional» o ha perdido la «Ayuda adicional»)? De ser así, ¿en qué fecha se produjo este cambio?»
- «¿Tiene tanto Medicare como Medicaid, o su estado le ayuda a pagar las primas de Medicare, o recibe Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio?»
- «¿Va a ingresar, vive o ha abandonado recientemente un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, una residencia para personas mayores)? De ser así, ¿a partir de qué fecha?»
- «¿Ha abandonado recientemente un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)? De ser así, ¿cuándo lo abandonó?»
- «¿Ha perdido recientemente de forma involuntaria una cobertura de medicamentos recetados acreditable (equivalente a la de Medicare)? De ser así, ¿cuál fue la fecha?»
- «¿Está perdiendo o va a dejar la cobertura que tenía a través de una empresa o un sindicato? De ser así, ¿cuál fue la fecha?»
- «¿Pertenece a un programa estatal de asistencia farmacéutica que cumpla con los requisitos o está perdiendo la ayuda de un programa estatal de asistencia farmacéutica?»
- «¿Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de su estado) y desea elegir un plan diferente? De ser así, ¿en qué fecha comenzó su inscripción en ese plan?»
- «¿Su plan va a rescindir su contrato con Medicare o es Medicare quien va a rescindir su contrato con su plan?»
- «Me he visto afectado por una emergencia o un desastre grave (declarado como tal por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Se aplicaba a mi caso alguna de las otras afirmaciones que figuran aquí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre».
- «Estoy en un plan que ha tenido una calificación inferior a 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero cambiarme a un plan con una calificación de 3 estrellas o más».
 - Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.
- «Estoy en un plan que recientemente ha pasado a manos del Estado debido a problemas financieros. Quiero cambiarme a otro plan».

- «¿Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales, pero ha dejado de cumplir con los requisitos de elegibilidad para permanecer en ese plan? De ser así, ¿cuándo?»
- **Para clientes con Medicare y prestaciones completas de Medicaid.** «¿Desea afiliarse o cambiarse a un plan que coordine la cobertura entre sus planes de atención gestionada de Medicare y Medicaid (denominado Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP))?»
 - El período de inscripción especial se puede utilizar una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del año siguiente, siempre que cumpla con los requisitos de inscripción del plan.
- «¿Está inscrito en un plan de 5 estrellas?»
 - Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un sistema de calificación de 5 estrellas. Se puede utilizar un período de inscripción especial de 5 estrellas una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del año siguiente, siempre que cumpla con los requisitos de inscripción del plan.
- «Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso, ¿hay alguna otra razón por la que crea que puede tener derecho a inscribirse?»
- **Si se determina que existe un SEP, indique:** «Según la información que nos ha facilitado, parece que cumple con los requisitos para un período de elección que le permite inscribirse ahora». Continúe con la llamada.
- **Si no se determina que existe un SEP, indique:** «Lo siento, pero en este momento no parece que cumpla con los requisitos para un período especial de elección que le permita inscribirse en un plan ahora. El período de inscripción anual va del 15 de octubre al 7 de diciembre, durante el cual puede cambiar de plan. No dude en ponerse en contacto con nosotros una vez que comience el período de inscripción anual». **Pase a la sección «Finalizar la llamada».**
- **Aviso legal obligatorio sobre privacidad:** «Tenga en cuenta que no está obligado a facilitar ninguna información relacionada con su salud, a menos que se utilice para determinar su elegibilidad para la inscripción en el plan. Si decide no facilitar la información sanitaria necesaria para determinar su elegibilidad para la inscripción, es posible que no pueda inscribirse».