

Guion de inscripción de Medicare Advantage Inscripciones entrantes y salientes

Paso 1 - Introducción

Importante: ¡Empiece a grabar la llamada! Se tiene que grabar toda la llamada.

- Pregúntele al beneficiario lo siguiente:
“¿Acepta que se grabe esta llamada para fines de cumplimiento?” (Obtenga una respuesta verbal de "sí" o "no")
- Los agentes independientes o los agentes asociados a una agencia u organización de mercadeo de terceros [Third-Party Marketing Organization, TPMO], el agente tiene que decir lo siguiente en el primer minuto de la llamada:

“Actualmente representamos [inserte el número de organizaciones] organizaciones que ofrecen [inserte el número de planes] productos en su área. Siempre puede ponerse en contacto con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE, o con su programa local de Seguro médico estatal para que le ayuden con las opciones de los planes.”
- Si el agente es cautivo (es decir, agentes internos de Presbyterian Health Plan), el agente tiene que decir lo siguiente en el primer minuto de la llamada:

“No ofrecemos todos los planes disponibles en su zona. Actualmente, representamos a Presbyterian Health Plan, que ofrece [insertar número de planes] productos en su zona. Favor de comunicarse con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE o su Programa Estatal de Seguro Médico local para obtener información sobre todas sus opciones.”
- Siga con lo siguiente:
 - Hágale al beneficiario preguntas para determinar si califica para inscribirse.
 - Repase los beneficios y las primas de los planes. Todo lo siguiente se tiene que repasar con el beneficiario.

Paso 1: Introducción - continuación

- Repase la información específicamente para el beneficiario.
- Determine en qué tipo de plan de seguro médico se quiere inscribir el beneficiario (por ejemplo, de prima baja y copagos más altos (o viceversa)).
- Averigüe si el proveedor de atención primaria, los especialistas y los hospitales del beneficiario forman parte de la red. Si no, explíquelo que tendrá que elegir unos nuevos, si no tendrá que pagar de su propio bolsillo.
- Averigüe si los medicamentos recetados del beneficiario se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos [formulary] y si su farmacia forma parte de la red. Si no, explíquelo que tendrá que elegir una farmacia nueva, si no a lo mejor tenga que pagar el precio del medicamento recetado en su totalidad.
- Pregúntele al beneficiario si necesita la cobertura de servicios dentales, de audición y/o de la vista.
- Pregúntele al beneficiario si tiene otras necesidades de atención médica; por ejemplo, si necesita equipos médicos duraderos o fisioterapia.
- Averigüe si el hospital que prefiere el beneficiario forma parte de la red. Si no, explíquelo que tendrá que elegir uno nuevo.
- ¿Hay otros centros clínicos preferenciales que deberían estar dentro de la red?
- ¿Tiene el beneficiario alguna otra necesidad específica de atención médica?
- Infórmele del derecho de cancelar esta inscripción y dile hasta qué fecha específica puede hacer la cancelación.

Paso 1: Introducción - continuación

- Repase los costos compartidos del beneficiario; por ejemplo, los deducibles, copagos y coseguros. Repase los costos del deducible, los copagos por los servicios de los proveedores de atención primaria, los copagos por los servicios de los especialistas, los copagos por la internación en el hospital y todos los otros copagos por los servicios/productos que necesite el beneficiario.
- Hable de los costos/las restricciones de la cobertura dental y de la vista y audición.
- Repase la cobertura de los servicios y proveedores de atención médica fuera de la red (p.ej., salvo en situaciones urgentes o de emergencia, el plan no cubre los servicios que presten los proveedores de atención médica fuera de la red (es decir, los proveedores de atención médica que no se encuentran en la guía de proveedores).
- Revise los artículos que sólo se aplican a determinados tipos de planes. (Extra Health, LIS, OTC, etc.)
- Repase la cobertura fuera de los Estados Unidos.
- Explique el efecto potencial que inscribirse en este plan tendrá con respecto a otra cobertura actual, lo cual en algunos casos quiere decir que se le dará de baja de la cobertura médica actual del beneficiario (p.ej., otro plan de Medicare Advantage, Medigap).
- Explique que esto no es una cláusula adicional dental/de audición/de la vista, sino un plan completo de Medicare Advantage.
- Explique que el plan opera según el año calendario; por lo tanto, tal vez cambien los beneficios a partir del 1º de enero del año siguiente.
- Explique que la Evidencia de Cobertura indica todos los costos, los beneficios y las reglas del plan.
- Repase cómo se presenta una queja.
- Repase el requisito de tener Medicaid para calificar para Presbyterian Dual

Plus (HMO SNP).

- Pregúntele al beneficiario si tiene preguntas referentes a los beneficios.
- **Si el beneficiario está listo para inscribirse, vaya al Paso 2.**

Paso 2: Comenzar la inscripción

- Lea lo siguiente según el tipo de plan:
 - **Para Senior Care HMO, lea la siguiente declaración obligatoria de contratación federal:**

"El plan de Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage que tiene contrato con el Programa Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato."
 - **Para Dual Plus (HMO D-SNP), lea la siguiente declaración obligatoria de contratación federal:**

"Presbyterian Dual Plus es un plan de necesidades especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO D-SNP) que tiene contrato con el Programa Medicare y contrato con el Programa Medicaid del Departamento Estatal de Servicios Humanos de Nuevo México. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato."
- Pregunte lo siguiente:
 - "¿Es para usted esta inscripción? (Obtenga una respuesta de "sí" o "no")"
 - Si contesta "no", "¿Es usted el representante autorizado?" (Obtenga una respuesta verbal).
 - "Si usted es el representante que tiene la autorización legal, ¿puede dar constancia de dicha autorización, bajo solicitud de Presbyterian Health Plan o los Centros para los Servicios de los Programas Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services]?" (Obtenga una respuesta verbal).
 - "¿Quiere inscribirse en el [diga el nombre del plan específico y/o del plan dental completo opcional]?" (Obtenga una respuesta de "sí" o "no").

Paso 2: Comenzar la inscripción - continuación

- Si contesta “sí”, diga lo siguiente:

“Al aceptar verbalmente la inscripción, me está dando su consentimiento (como su agente) para que entregue la solicitud directamente a Presbyterian Health Plan en su nombre.”
- Si contesta “no”, termine la llamada.
- “Entiende los beneficios que repasamos anteriormente?”
 - Si contesta “sí”, vaya al **Paso 3**.
 - Si contesta “no”, utilice un dialogo abierto para repasarlo más, luego vaya al **Paso 3**).

Paso 3: Inscripción en el sistema en línea o en formulario impreso

- Utilice un dialogo abierto para completar los elementos obligatorios del formulario de inscripción (utilice el sistema en línea o un formulario impreso) para el año actual y el plan que se solicita.
- Una vez que se terminen todos los elementos obligatorios, vaya al **Paso 4**.

Paso 4: Para pagar la prima de su plan

- **Lea la siguiente declaración obligatoria**

“Si su plan tiene una prima, puede pagar la prima mensual de su plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que usted debe actualmente o que pudiera deber) por correo, o se puede deducir automáticamente de su cheque de prestaciones de Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario [*Railroad Retirement Board, RRB*] o de la Oficina de Administración de Personal cada mes.”
- Repase las primas, incluso la prima de la Parte B, [inserte la cantidad en dólares] por mes/trimestre/año. [Eso solo corresponde si su prima es más de \$0.]

Paso 4: Para pagar la prima de su plan - continuación

- **Lea la siguiente declaración obligatoria:**

"Si tiene que pagar el ajuste mensual conforme a sus ingresos [*Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA*] de la Parte D, tendrá que pagar esa cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, se retiene dicha suma de su cheque de prestaciones de Seguro Social o tal vez reciba una factura del Programa Medicare (o de la *RRB*). **No** le pague a Presbyterian [[Senior Care](#), [UltraFlex](#), [Dual Plus \(HMO D- SNP\)](#)] la IRMAA de la Parte D." Cuando haya terminado, vaya al **Paso 5**.

- Una vez que termine, vaya al **Paso 5**.

Paso 5: Declaración de entendimiento

- **Importante:** Se le tiene que leer al solicitante cada declaración a continuación. Tome una pausa para recibir su aceptación verbal después de cada punto.

- Tiene que mantener las Partes A y B de Medicare.
- Solo puede estar inscrito en un plan de Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados a la vez. Su inscripción en ese plan pudiera terminar automáticamente su inscripción en otro plan de Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados.
- [[Presbyterian Senior Care](#), [Presbyterian UltraFlex](#)]: Entiende que Presbyterian Health Plan tiene una red mundial de servicios de emergencia/urgentes.
- [[Presbyterian Dual Plus \(HMO D-SNP\)](#)]: Entiende que las personas con la cobertura del Programa Medicare, por lo general, no están cubiertas conforme al Programa Medicare cuando están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Paso 5: Declaración de entendimiento - *continuación*

- Para recibir los costos más bajos, tiene que consultar a proveedores de atención médica de la red, salvo por los servicios de atención médica de emergencia o que se necesiten urgentemente. Si su plan **no** tiene cobertura fuera de la red, solo puede consultar a proveedores de atención médica de la red.
- Tiene derecho a apelar las decisiones del plan referentes a los pagos o los servicios si está inconforme.
- Divulgaremos su información al Programa Medicare, solo según sea necesario, para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- Además, el Programa Medicare pudiera divulgar su información para fines de investigación y otros fines que cumplan todas las regulaciones y leyes federales pertinentes.
- La información de esta inscripción está correcta a su leal saber y entender. Si proporciona respuestas en esta inscripción que sabe que no son verdad, pudiera perder este plan.
- ¿Usted (o su representante autorizado) entienden y aceptan la información de la cual hemos hablado durante este proceso de solicitud de inscripción hoy? (Obtenga una respuesta verbal de "sí" o "no").
- Una vez que termine, vaya al **Paso 6**.

Paso 6: Terminar la inscripción

- Lea lo siguiente:
 - “Con eso terminamos el proceso de inscripción. Se le enviará una carta de confirmación una vez que los Centros para los Servicios de los Programas Medicare y Medicaid hayan aprobado la inscripción”.
- Dele al beneficiario los detalles siguientes para que tenga constancia que de acuse de recibo de la solicitud de inscripción:
 - Para la inscripción en línea: dele el número de confirmación.
 - Para la inscripción impresa: dele lo siguiente:

Paso 6: Terminar la inscripción - *continuación*

- Fecha de la solicitud.
- Hora de la solicitud.
- Nombre del agente.
- Cierre la llamada

Importante: ¡Deje de grabar la llamada!

Una vez que se haya terminado la inscripción y se cierre la llamada, vaya al **Paso 7**.

Paso 7: Notas para el agente

Fíjese bien: [Las inscripciones telefónicas (ya sea mediante un formulario impreso o el sistema en línea) requieren que se envíe por correo electrónico una copia digital de la inscripción telefónica grabada a Presbyterian Health Plan a **medicare.sales@phs.org** en un plazo de 30 días, a partir de la fecha de inscripción].

- Pregúntele al beneficiario si tiene alguna otra pregunta.
- Dele sus datos de contacto.
- Dele la siguiente información adicional al beneficiario:
 - Debe recibir sus tarjetas de asegurado unas dos semanas después de la inscripción.
 - Se le enviará al beneficiario una carta de acuse de recibo de la solicitud de inscripción.
- Si se entrega la solicitud en línea, y le dieron una dirección de correo electrónico, se enviará un mensaje de confirmación por correo electrónico.
- Se enviará una carta en quince (15) días para asegurar que el beneficiario entienda las reglas del plan y para verificar que tiene la intención de inscribirse.