

Grupo de marketing de integridad

Guión de ventas telefónicas para agentes de campo 2024

Clave de color del texto :

Texto azul = Verborrea declarada o solicitada por el agente de ventas al cliente

Texto azul en negrita = verborrea importante que el agente de ventas debe indicar al cliente

Negrita negra = Declaraciones condicionales representativas (“declaraciones If”)

Texto negro = Acciones/Instrucciones del agente

Texto rojo y/o [] = Información variable

PRESTA ATENCIÓN A ESTOS ICONOS:



Cuando vea este icono, reduzca la velocidad y revise atentamente el siguiente contenido.



Cuando veas este ícono, detente. Este ícono indica Notas del agente muy importantes.

Objetivo:

Este Guión de inscripción y ventas telefónicas entrantes de 2024 es/será utilizado por agentes de ventas autorizados que brindarán a los beneficiarios de Medicare más información sobre los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles para los planes de salud contratados por [nombre de la agencia] y sus líneas descendentes.

Secciones:

A – Introducción: Saliente Call Starting Point se utilizará únicamente cuando los beneficiarios hayan solicitado y dado su consentimiento para ser contactados por un agente de ventas autorizado. Entrante El punto de inicio de llamada (incluidas las transferencias directas) se utilizará cuando el agente reciba una llamada de un beneficiario que solicita información sobre las opciones de Medicare.

B – Alcance del nombramiento y POA: se utilizará para determinar el alcance de la convocatoria y si se necesita poder.

C – Comprender Medicare: ayudará a la persona que llama a comprender los conceptos básicos de Medicare, cómo funciona y las opciones de cobertura disponibles para ellos. Explica las Partes A, B, C y D de Medicare, así como la cobertura complementaria de Medicare.

D – Elegibilidad: determinará si la persona que llama actualmente es elegible para Medicare ahora o en el futuro cercano y determinará si la persona que llama califica para cualquier otra cobertura, beneficio o ayuda adicional.

E – Análisis de necesidades: ayudará al agente a realizar un análisis de necesidades para determinar qué planes en el área se adaptarán mejor a las necesidades del cliente.

F – Presentación del Plan: utilizará esta sección una vez que el beneficiario determine si le gustaría obtener más información sobre los planes identificados que satisfacen sus necesidades.

G – Inscripción: capturará la intención del beneficiario de inscribirse y preparará el escenario para el proceso de inscripción.

H – Cierre: guiará al agente para cerrar la llamada correctamente.

A. INTRODUCCIÓN

Llamada saliente



NOTA DEL AGENTE: El punto de inicio de la llamada saliente se utilizará únicamente cuando se haya obtenido el permiso de contacto (PTC) conforme a las normas .

Hola, mi nombre es [Nombre del agente] , ¿puedo hablar con [Sr. / Sra. / Sra. Apellido o Nombre del POA] ?

Si sí , [Sr. / Sra. / Sra. Apellido] , le llamo hoy porque recientemente solicité información sobre los planes de Medicare mediante [**explique cómo se recibió el PTC**] . Como agente de seguros autorizado [con el nombre de la agencia, si corresponde] , me gustaría ayudarlo a comprender sus opciones de Medicare y responder cualquier pregunta que pueda tener. ¿Es ahora un buen momento para ti?

En caso afirmativo , continúe hasta la A-2.

Si no , pregunte: ¿Cuándo sería un buen momento para llamar? (Luego finaliza la llamada)

Llamada entrante

Gracias por llamar a [Nombre de la agencia, si corresponde] , mi nombre es [Nombre del agente] y soy un agente de seguros autorizado. ¿Como puedo ayudarte hoy?

Permitir que el beneficiario responda. Si quieren obtener más información sobre las opciones de su plan Medicare, diga: ¡ **Excelente! Estaré encantado de ayudarte con eso.** , continúa hasta la A-2.

A-2

Antes de comenzar, Medicare me exige que le lea algunas exenciones de responsabilidad.



NOTA DEL AGENTE: El agente debe declarar las siguientes exenciones de responsabilidad al beneficiario.

	<p>Primero, no se le pedirá que proporcione ninguna información relacionada con la salud a menos que se utilice para determinar la elegibilidad de inscripción.</p> <p>Además, tenga en cuenta que, si bien podemos tener varias opciones de planes disponibles para usted, no ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a [insertar número de organizaciones] organizaciones que ofrecen productos de [insertar número de planes] en su área. Comuníquese con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE o su Programa Estatal de Seguro Médico (SHIP) local para obtener información sobre todas sus opciones.</p> <p>Por último, esta llamada se graba según lo exige Medicare con fines de control de calidad.</p> <p>¿Tengo su permiso para continuar?</p> <p>Si es así , ¡genial! Empecemos. Si nos desconectamos, ¿tengo su permiso para devolverle la llamada? Confirme el número de teléfono y luego continúe con B-1.</p> <p>Si no , diga: Lo siento, pero sin su permiso no podemos continuar revisando las opciones de su plan. ¿Tiene alguna pregunta o reserva? ¿O te gustaría continuar?</p> <p>(Responda cualquier pregunta que puedan tener).</p> <p>Si quieren continuar , proceda a B-1.</p> <p>En caso negativo , indique: Lo siento pero no podemos continuar. ¿Le gustaría programar una cita en persona para analizar sus opciones? (Agendar cita o finalizar llamada)</p>
--	---

B. POA Y ALCANCE DEL NOMBRAMIENTO	
B-1	<p>¿Quieres información para ti o para alguien más?</p> <p>Si por ellos mismos: Muy bien, ¿normalmente recibe ayuda para tomar decisiones sobre su atención médica o las toma usted solo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si toman decisiones por sí mismos , continúe con B-2. <p><i>Nota del agente : Aunque el beneficiario indique que no tiene un tutor o poder de autoridad, esté atento a problemas de competencia u otras declaraciones o preguntas que indiquen que el individuo generalmente consulta con otros para tomar este tipo de decisión.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si tienen un POA , diga: ¿ Le gustaría que esa persona nos atienda hoy para ayudarnos a discutir los planes?

	<p>Si es así, ¡genial! Continúe y póngalos en línea y podremos comenzar nuestra discusión (o programar otro momento, si el POA no está disponible) .</p> <p>Nota : Si tienen un POA, debes capturar un SOA con el POA. Pregúntele al representante :</p> <p>¿Es usted el representante legal o alguien que tiene capacidad legal para actuar en nombre del beneficiario?</p> <p>Documente el nombre, número de teléfono, dirección y relación del POA/tutor con el beneficiario.</p> <p>¿Puede proporcionar documentación escrita que demuestre su autoridad si CMS lo solicita?</p> <p>Si es así , está bien, genial. Ambos pueden permanecer en la línea y continuar nuestra conversación. Continuar a B-2.</p> <p>Si no, está bien, genial. Todavía puedo proporcionar información del plan hoy, pero si [nombre del cliente] decide inscribirse, necesitaremos tener un POA o un representante autorizado que tenga esta documentación al teléfono. Continuar a C-1 si desean continuar, finalice la llamada si no lo desean.</p> <p>Si no, aún puedo brindarle información del plan hoy, pero si decide inscribirse necesitaremos tener un POA o un representante autorizado que esté legalmente reconocido por el estado por teléfono. Continúe hasta C-1 o finalice la llamada si no desea continuar.</p> <p><u>Si la información es para otra persona:</u></p> <p>De acuerdo. ¿Tiene actualmente un poder notarial, tutela legal u otra autoridad según la ley estatal para tomar decisiones médicas y de seguros en nombre del beneficiario?</p> <p>En caso afirmativo , indique: ¡Excelente! Tenga en cuenta que si decide inscribir al beneficiario en un plan, debe proporcionar documentación al Plan cuando se le solicite. Documente el nombre, número de teléfono, dirección y relación del POA/tutor: Continúe en B-2 .</p> <p>Si no , estaré encantado de ayudarle y revisar la información general sobre las opciones del Plan Medicare disponibles en el área del beneficiario, pero solo un representante legalmente autorizado puede completar una inscripción en su nombre. ¿Te gustaria continuar?</p> <p>En caso afirmativo , continúe con C-1.</p> <p>Si no , gracias por tomarse el tiempo de hablar conmigo hoy. Si tiene preguntas en el futuro, llámeme al [N.º de teléfono] . Termina la llamada.</p>
<p>B - 2</p>	<p>Como agente de seguros autorizado, mi objetivo es ayudarle a comprender sus opciones de Medicare y encontrar un plan que satisfaga sus necesidades individuales. Para que sepas, no estoy afiliado ni respaldado por el gobierno ni</p>

por Medicare. Soy un agente de seguros con licencia independiente, lo que significa que puedo contratar varias compañías de seguros para ofrecerle una variedad de opciones de planes en su área.



NOTA DEL AGENTE : Asegúrese de capturar el siguiente lenguaje del alcance del nombramiento . Hacer No Analice otras líneas de productos además de las que se enumeran en la siguiente declaración . Puede omitir los productos auxiliares de la siguiente declaración si no va a discutir esos productos.

Nuestras conversaciones pueden incluir información sobre los planes Medicare Advantage, suplementarios de Medicare y de medicamentos recetados; [así como productos auxiliares como planes dentales, de visión y audición y planes de indemnización hospitalaria]. **Me gustaría brindarle una breve descripción general de cada uno de estos tipos de planes, pero si solo está interesado en algunos, hágame saber. Luego podremos decidir qué plan podría ser mejor para usted según sus necesidades individuales. Tenga en cuenta que no existe ninguna obligación de inscribirse y no se producirá la inscripción automática.**

También tenga en cuenta que Medicare Advantage Los planes están asegurados o cubiertos por una organización Medicare Advantage o **un patrocinador del plan Parte D aprobado por Medicare con un contrato de Medicare. La inscripción en un plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Por último, su estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado a menos que decida inscribirse en un plan.**

¿Tengo su permiso para discutir estos planes con usted [si programa una cita futura, indique la fecha de la cita] ?

En caso afirmativo y llamada entrante , continúe con C-1.

En caso afirmativo y llamada saliente , programe una cita al menos 48 horas después y comience con la sección B-3 en ese momento.

Si no , diga: **Lo siento, pero para discutir planes específicos, necesita darme permiso para discutirlos con usted. Estaría dispuesto a compartir con usted información educativa genérica sobre Medicare, pero tenga en cuenta que no podré hablar sobre los beneficios específicos del plan.**

Si le dan permiso y entra , continúe hasta C-1.

Si dan permiso y De salida , programar una cita con al menos 48 hrs de antelación y comenzar con el tramo B-3 en ese punto.

Si aún no brindan su permiso , agradézcales y finalice la llamada o brinde información educativa según lo solicitado.

B-3

* **Omita esta sección si no está programando una cita futura** (es decir, una llamada entrante del beneficiario).

Si programó una cita para cumplir con la regla de alcance de la cita de 48 horas, comience aquí.

Hola [nombre del beneficiario] , soy [Nombre del agente] llamando desde [Nombre de la agencia de televentas] . Teníamos una cita programada para revisar sus opciones de Medicare hoy. ¿Sigue siendo un buen momento para ti?

En caso afirmativo , indique: ¡Excelente! Como recordatorio, **Esta llamada se graba con fines de calidad y capacitación, y si bien tenemos múltiples opciones de planes disponibles para usted, no ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a [insertar número de organizaciones] organizaciones que ofrecen productos de [insertar número de planes] en su área. Comuníquese con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE o su Programa Estatal de Seguro Médico (SHIP) local para obtener información sobre todas sus opciones.** Continúe hasta la sección B-3.

Si no , diga: Ok, entiendo, ¿cuándo sería un mejor momento para reunirnos para discutir sus opciones de Medicare? Programe un nuevo horario para su cita y comience con la sección B-3 en ese momento. Si no quieren volver a verse, finalice la llamada .

C. Entendiendo Medicare

* Esta sección es opcional pero se sugiere como práctica recomendada.*

Antes de comenzar a hablar de planes, me gusta asegurarme de que mis clientes tengan un conocimiento básico de Medicare para que puedan tomar una decisión informada sobre sus opciones de cobertura.

¿Está familiarizado con Medicare y cómo funciona?

Si el beneficiario comprende Medicare , continúe con D-1.

C-1 Si el beneficiario no comprende Medicare , proporcione una explicación para explicar los conceptos básicos de Medicare.

Ok, me encantaría explicarte los conceptos básicos. No dudes en detenerme y hacer preguntas en cualquier momento.

Temas importantes a cubrir:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Partes A y B de Medicare Original | <input type="checkbox"/> Ventaja de Medicare (Parte C) |
| <input type="checkbox"/> Planes de medicamentos recetados (Parte D) | <input type="checkbox"/> Suplemento de Medicare (Medigap) |

**Nota: Utilice el sitio web de CMS o los materiales aprobados por la agencia para explicar con precisión.*

Una vez que se les dé la explicación, pregunte qué preguntas tienen y explique las respuestas, continúe con Elegibilidad D-1.

D. ELEGIBILIDAD

Antes de continuar, tengo algunas preguntas para confirmar su elegibilidad para los diferentes tipos de planes disponibles en su área. Estas preguntas son opcionales, sin embargo, me ayudarán a determinar qué tipo de plan puede ser adecuado para sus necesidades.



NOTA DEL AGENTE: Asegúrese de revisar cada una de las siguientes preguntas para determinar la elegibilidad.

Puede confirmar su **código postal** y **condado de residencia permanente** ?

¿Tiene actualmente **las Partes A y B de Medicare** o tendrá ambas dentro de los próximos tres meses?

Si el beneficiario responde que no, indique: Lo siento, usted no cumple con los requisitos de elegibilidad de Medicare y no es elegible para inscribirse en un plan de Medicare en este momento. Puedo brindarle información sobre los planes disponibles, pero pueden cambiar cuando sea elegible. ¿Te gustaria continuar?

D-1

En caso afirmativo, proceda a continuación. Si no, finalice la llamada.

Eres ¿ **Está actualmente inscrito en un plan de Medicare** como Medicare Advantage, suplemento de Medicare o plan de medicamentos recetados?

¿Tiene actualmente **Medicaid** , **Ayuda Adicional** o algún tipo de **subsidio para personas de bajos ingresos** ?

¿Tiene alguna otra cobertura, como **Tricare** , **Beneficios para veteranos** , **ChampVA** o **Atención médica individual** ? ¿Usted o un familiar/cónyuge reciben seguro médico a través de un empleador o sindicato?

(Si el cliente tiene alguna de estas coberturas, revise cómo funcionará con un plan de Medicare y asegúrese de que sea lo mejor para él antes de inscribirse en un nuevo plan).

Si el beneficiario tiene cobertura del empleador, pregunte si se jubilará o perderá esa cobertura, o si anticipa inscribirse en un plan para jubilados patrocinado por el empleador, y proceda si corresponde.

Si tiene cobertura individual, pregunte si finalizarán esa cobertura para evitar la duplicación de cobertura.

	<p>Si VA se beneficia, analice el uso de las instalaciones de VA para determinar el tipo de plan que puede ser necesario o no.</p> <p>Si es Tricare for Life o ChampVA, explique que los beneficios de Tricare for Life o ChampVA son "generalmente más completos que la mayoría de los otros tipos de cobertura disponibles" que la mayoría de los otros tipos de cobertura disponibles. El agente debe explicar al beneficiario cómo la inscripción en un plan afectará su Tricare/ChampVA (es decir, cómo se pagarán los reclamos de manera diferente, Tricare se convertirá en el seguro secundario si se selecciona un plan MAPD, etc.)</p> <p>Si es un sindicato o un grupo de empleadores, inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos o en un plan de medicamentos recetados de Medicare puede afectar su capacidad para mantener la cobertura médica o de medicamentos de su plan. Es posible que desee hablar con el administrador de su plan antes de continuar con la inscripción para saber si la inscripción en este plan afectará su actual plan médico o de medicamentos de la Unión. ¿Desea hablar con su sindicato antes de continuar?</p> <p>En caso afirmativo, remita a la persona que llama a la agencia adecuada y proceda a la llamada de cierre.</p> <p>En caso negativo, proceda a D-2.</p>
<p>D-2</p>	<p><u>Determinar el período de inscripción :</u></p> <p>Si la llamada es durante el Período de Inscripción Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), investigue para determinar si es elegible para otros períodos de elección (IEP/ICEP o SEP) y, de ser así, determine si el beneficiario desea una fecha de vigencia anterior al 1 de enero, entonces Continúe hasta D-3.</p> <p><u>Si está fuera de AEP/OEP , determine SEP:</u></p> <p>Dado que actualmente estamos fuera del Período de Inscripción Anual de Medicare, 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 tener una Elección Especial. Período (SEP) para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o de Medicamentos Recetados. Cada una de las siguientes preguntas que hago le ayudará a determinar si califica para un SEP.</p> <p>Haga las siguientes preguntas hasta que reciba una respuesta "Sí" . Una vez que reciba una respuesta "Sí", continúe con D-3 para verificar Medicaid y/o LIS.</p> <p><i>¿Es usted nuevo en Medicare?</i></p> <p><i>¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage y desea realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP)?</i></p>

¿Se mudó recientemente fuera del área de servicio de su plan o se mudó y este plan es una nueva opción? En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Ha sido liberado recientemente de la cárcel? En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Ha regresado recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos? En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Ha obtenido recientemente el estatus de presencia legal en los Estados Unidos? En caso afirmativo, ¿en qué fecha obtuvo este estatus?

¿Ha tenido recientemente un cambio en su Medicaid (nuevo en Medicaid, tuvo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid)? En caso afirmativo, ¿en qué fecha se produjo este cambio?

¿Ha tenido recientemente un cambio en su Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibió Ayuda Adicional recientemente, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdió la Ayuda Adicional)? En caso afirmativo, ¿en qué fecha se produjo este cambio?

¿Tiene Medicare y 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 tenido ningún cambio?

¿Se muda, vive o se mudó recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos)? En caso afirmativo, ¿a partir de qué fecha?

¿Ha abandonado recientemente un Programa de Atención Integral a las Personas Mayores (PACE)? Si es así, ¿cuándo te fuiste?

¿Ha perdido recientemente involuntariamente una cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare)? En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Está perdiendo o abandonando la cobertura que tenía de un empleador o sindicato? En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Pertenece (o perdió) un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por su estado?

¿Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de su estado) y desea elegir un plan diferente? En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzó su inscripción en ese plan?


¿Su plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con su plan?


¿Estaba inscrito en un Plan Crónico, pero ya no califica para estar en ese plan (o no pudo verificar la condición crónica)? En caso afirmativo: “¿Cuándo recibió la notificación de no elegibilidad?”


¿Se vio afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local? Si es así, ¿no pudo realizar una solicitud de inscripción debido al desastre?

¿Reside actualmente en un condado dentro del área de servicio de un plan 5-Star y le gustaría inscribirse en un plan 5-Star calificado?

	<p><i>¿Estaba inscrito en un plan que tuvo una calificación de estrellas de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años y desea inscribirse en un plan con una calificación de estrellas de 3 estrellas o más?</i></p> <p><i>¿Estaba inscrito en un plan que recientemente fue asumido por el estado debido a problemas financieros y desea cambiarse a otro plan?</i></p> <p><i>¿Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales pero perdió el requisito de calificación de Necesidades Especiales para estar en ese plan? ¿Si sí, cuándo?"</i></p> <p><i>Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted, ¿hay alguna otra razón por la que cree que puede ser elegible para inscribirse?</i></p> <p>Si no se determina el SEP , indique: Lo siento, pero en este momento no parece que usted califique para un período de elección especial para inscribirse en un plan ahora. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre cuando puedes cambiar de plan. ¿Le gustaría que lo llame nuevamente durante ese período para revisar sus opciones? En caso afirmativo, tome nota de la fecha y hora de la cita. Si no, finalice la llamada.</p>
<p>D - 3</p>	<p>Verifique el estado/niveles de Medicaid y/o LIS, si corresponde.</p> <p>Usted mencionó anteriormente que tiene [Medicaid y/o subsidio para personas de bajos ingresos] . Para determinar si usted es elegible para un Plan de Necesidades Especiales que pueda brindarle beneficios adicionales, tendré que verificar su [estado/nivel de Medicaid y/o Subsidio por bajos ingresos] . ¿Puedo darme su número de Medicare y su número de identificación de Medicaid si los tiene?</p> <p>En caso afirmativo , el agente debe determinar la elegibilidad y el nivel. Anote el estado y nivel de Medicaid y/o LIS y continúe con E-1.</p> <p>En caso negativo , indique: Podemos continuar sin verificar su estado de Medicaid y LIS, pero tenga en cuenta que puede haber planes que solo estén disponibles para aquellos con [Medicaid y/o Low-Income Subsidy] que podrían incluir beneficios adicionales para usted. Si están de acuerdo, confirme los estados. Si aún se niegan, continúe con E-1.</p>

E. NECESITA ANALISIS	
<p>E-1</p>	<p>Complete un análisis de necesidades para identificar qué plan satisfará mejor las necesidades del beneficiario. Si la información ya se obtuvo durante el transcurso de la llamada, no es necesario volver a solicitarla.</p> <div data-bbox="289 1717 376 1814" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <div data-bbox="391 1717 1409 1871" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>NOTA DEL AGENTE: Siempre se debe realizar un análisis de necesidades exhaustivo para garantizar que esté ayudando al beneficiario a encontrar un plan que satisfaga sus necesidades. Asegúrese de preguntar sobre <u>médicos, especialistas, medicamentos recetados</u> y otros beneficios importantes para la persona que llama.</p> </div>

	<p>Muy bien, a continuación me gustaría hacerle algunas preguntas opcionales para ayudar a determinar los planes que mejor se adaptan a sus necesidades.</p> <p>Comience haciendo preguntas relevantes, como las que se enumeran a continuación, para realizar un análisis de necesidades en profundidad (haga preguntas adicionales si es necesario):</p> <p><i>¿Qué te gusta de tu plan actual?</i></p> <p><i>¿Hay algo que le gustaría cambiar sobre su cobertura actual?</i></p> <p><i>¿Qué es más importante para usted a la hora de encontrar una cobertura adecuada de Medicare?</i></p> <p><i>¿Te importaría decirme con qué frecuencia vas al médico o visitas a un especialista ?</i></p> <p><i>Qué beneficios le gustaría que incluyera su plan?</i></p> <p><i>¿Tiene algún interés en las recetas de pedidos por correo si le pueden ahorrar dinero?</i></p> <p><i>¿Tiene alguna necesidad dental específica o algún motivo para tener mayores beneficios dentales?</i></p> <p><i>Está interesado en beneficios adicionales para la vista ?</i></p> <p><i>¿Está interesado en beneficios auditivos , como audífonos?</i></p> <p><i>¿Estaría interesado en tener un beneficio de transporte , como ir y venir de sus citas?</i></p> <p><i>¿Le gustaría que su plan tuviera un beneficio de venta libre que proporcione una asignación para comprar artículos como vitaminas, analgésicos de venta libre, pasta de dientes, etc.?</i></p> <p><i>¿Tiene alguna otra necesidad de atención médica, como equipo médico duradero o fisioterapia?</i></p> <p><i>¿Tiene un hospital preferido? ¿Farmacia? ¿Alguna otra instalación preferida?</i> <i>Asegúrese de que comprendan que si eligen un plan que no esté dentro de la red, deberán elegir una nueva instalación.</i></p> <p><i>¿Tiene alguna otra necesidad de atención médica específica?</i></p> <p>Continúe hasta E-2 .</p>
<p>mi -2</p>	<div data-bbox="289 1465 375 1549" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">  </div> <div data-bbox="386 1476 1409 1543" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>NOTA DEL AGENTE: Los agentes deben confirmar el <u>PCP del beneficiario</u> y cualquier <u>especialista</u> .</p> </div> <p><i>¿Tiene algún médico que le gustaría que consultara para asegurarme de que acepte los planes que estamos discutiendo? Esto es opcional, pero ayudará a garantizar que sus médicos acepten el plan o los planes que revisaremos.</i></p> <p>En caso afirmativo , capture el nombre o nombres y utilice las herramientas disponibles para determinar el/los plan/es en los que participan los Médicos / Especialistas del beneficiario . Continúe hasta la E-3.</p>

	<p>Nota : Si los proveedores están fuera del estado de la red, explique que deberán elegir otros nuevos o pagar de su bolsillo.</p> <p>Si no, continúe con E-3.</p>
E-3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">  <p>NOTA DEL AGENTE: Los agentes deben confirmar todos los medicamentos que toma el beneficiario.</p> </div> <p>¿Hay algún medicamento recetado que le gustaría que buscara para asegurarme de que esté cubierto? Esto también es opcional, pero ayuda a garantizar que sus medicamentos estén cubiertos según el plan o los planes que revisaremos.</p> <p>En caso afirmativo , indique: ¡Excelente! ¿Estaría dispuesto a darme el nombre y la dosis de esos medicamentos?</p> <p>Documente el nombre, las dosis, la forma, la frecuencia y la cantidad o introdúzcalos en la herramienta de cotización, si la proporciona.</p> <p>Si no , continúe a continuación.</p> <p>Por último, también podemos buscar su farmacia preferida para asegurarnos de que esté dentro de la red del plan o planes que revisaremos. ¿Quieres que busque eso también?</p> <p>En caso afirmativo , indique: Genial, ¿cuál es el nombre de la farmacia que prefiere?</p> <p>Documente el nombre de la farmacia para garantizar que el plan acepte la farmacia de su elección.</p> <p>Resumir el análisis de necesidades para garantizar que se hayan capturado todas las necesidades de los beneficiarios y luego continuar con la Presentación del Plan F-1.</p> <p>En caso negativo , resuma el análisis de necesidades para garantizar que se hayan capturado todas las necesidades de los beneficiarios y luego continúe con la Presentación del plan F-1 .</p>

F. PRESENTACIÓN DEL PLAN	
F-1	<p>Si el agente identifica un plan que satisfaría las necesidades del beneficiario :</p> <p>Según la información que ha proporcionado, parecería que un plan Medicare [Advantage/Suplementario/Plan de medicamentos recetados] se adaptaría mejor a sus necesidades porque [explique las razones por las que este tipo de plan se adapta mejor a sus necesidades] .</p>

no hay planes disponibles adecuados para las necesidades del beneficiario, indique : **Según la información que ha proporcionado, es posible que no pueda ofrecer un plan que se adapte mejor a sus necesidades.** Nota para el agente: explique a la persona que llama por qué cree que es posible que no haya planes adecuados disponibles. Si la persona que llama no está de acuerdo y desea continuar hablando sobre los planes de Medicare, continúe con el guión. Si la persona que llama está de acuerdo en que no existe un plan adecuado para ella, finalice la llamada.

Ahora, veamos si podemos identificar un Plan específico que maximice los beneficios que son más importantes para usted.



NOTA DEL AGENTE:

Debe revisar detenidamente los siguientes beneficios y costos básicos para cualquier plan sobre el que el cliente desee obtener más información, especialmente la prima mensual (si corresponde) y la prima de la Parte B (por mes/trimestre/año), el deducible del plan de salud, el copago del PCP, copago de especialista, beneficios importantes para el consumidor y cobertura fuera de la red (si es un PPO).

Una vez que haya identificado el plan (o planes) que mejor satisface las necesidades del cliente, **analice en detalle los beneficios, costos y limitaciones** de ese plan (o planes). **Asegúrese de revelar el nombre del proveedor/plan antes de hablar sobre ellos. Asegúrese de cubrir las áreas siguientes, junto con cualquier otro beneficio importante para el cliente :**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Prima del plan (si corresponde)<input type="checkbox"/> Copago de atención primaria<input type="checkbox"/> Copago de especialista<input type="checkbox"/> Deducible médico<input type="checkbox"/> Desembolso máximo<input type="checkbox"/> Copago/días de hospitalización para pacientes internados<input type="checkbox"/> Copago de hospitalización para pacientes ambulatorios<input type="checkbox"/> Copago de la sala de emergencias<input type="checkbox"/> Copago/Coseguro de atención de urgencia<input type="checkbox"/> Coseguro/copago ambulatorio<input type="checkbox"/> Cobertura fuera de Estados Unidos<input type="checkbox"/> Revise el derecho a cancelar esta inscripción y la fecha hasta la cual puede ocurrir la cancelación. | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Beneficios dentales<input type="checkbox"/> Beneficios de la visión<input type="checkbox"/> Beneficios auditivos<input type="checkbox"/> Beneficios de un centro de enfermería especializada<input type="checkbox"/> Beneficios de la fisioterapia<input type="checkbox"/> Beneficios de transporte<input type="checkbox"/> Beneficio de venta libre (OTC)<input type="checkbox"/> Beneficio de acondicionamiento físico<input type="checkbox"/> Cuidado preventivo<input type="checkbox"/> Revisar la cobertura de proveedores y servicios fuera de la red (p. ej., excepto en situaciones de emergencia o urgencia, el plan no cubre servicios de proveedores fuera de la red) |
|--|--|

Si los planes incluyen cobertura de medicamentos o es un plan de medicamentos independiente, cubrir los siguientes elementos:

<input type="checkbox"/> Deducible de medicamentos recetados (si corresponde) <input type="checkbox"/> Período sin cobertura/brecha de cobertura <input type="checkbox"/> Venta minorista versus pedido por correo <input type="checkbox"/> Excepciones al formulario	<input type="checkbox"/> Cobertura de medicamentos recetados (todos los niveles) <input type="checkbox"/> Fase catastrófica <input type="checkbox"/> Ediciones clínicas aplicables (PA, ST, QL, etc.)
--	--



Artículos a cubrir antes de la inscripción:

<input type="checkbox"/> Lista de verificación de preinscripción (PECL) <input type="checkbox"/> Efecto sobre la cobertura <input type="checkbox"/> Dónde encontrar el programa de beneficios, las calificaciones STAR y la evidencia de cobertura	<input type="checkbox"/> Explique que el Plan opera por año calendario / los beneficios pueden cambiar cada 1 de ^{enero} <input type="checkbox"/> La Evidencia de Cobertura proporciona todos los costos, beneficios y reglas del plan. <input type="checkbox"/> Cómo presentar una queja
---	---

NOTA : Si el PECL no cubre los siguientes elementos, asegúrese de discutirlos con el cliente :


- Información sobre proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales y farmacias preferidos (si los proveedores actuales del beneficiario están o no en la red del plan)
- Cobertura y costos de medicamentos recetados (incluido si los medicamentos recetados actuales del beneficiario están cubiertos o no en el formulario)
- Costos de los servicios de atención médica.
- Primas (monto de la prima del plan mensual, trimestral, anual y prima de la Parte B)
- Beneficios
- Necesidades específicas de atención médica, como equipo médico duradero o fisioterapia.

NOTA : 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: [Nombre del proveedor, tipo de plan] no estará 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. 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 vigencia el 1 de enero, su solicitud completa 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 cancelará la inscripción en su plan actual y solo tendrá Medicare Original a partir del 1 de enero.

Luego continúe hasta G-1.

G. CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

<p>G-1</p>	<p>Bueno, eso completa la descripción general de los beneficios del plan. Quiero asegurarme de que comprenda claramente el Plan, incluidos los beneficios y costos adicionales, antes de tomar una decisión sobre la inscripción. Si tienes alguna pregunta o necesitas que te aclaren algo, por favor házmelo saber.</p> <p>Si compara varios planes , resalte qué plan cree que se adapta mejor a las necesidades del beneficiario.</p> <p>Según nuestra discusión y la información que proporcionó, parece que [Proveedor, Nombre del plan, Tipo de plan] se adapta mejor a las necesidades que describió porque [resalte las razones principales por las que este plan es el más adecuado] . ¿Estás de acuerdo?</p> <p>En caso afirmativo , continúe con G-2.</p> <p>En caso negativo , averigüe qué inquietudes tienen y vuelva a explicar los beneficios para aliviarlas y luego continúe con el G-2 cuando estén de acuerdo en que el plan satisface sus necesidades.</p> <p>Si creen que no existe un plan adecuado para sus necesidades , agradézcales y finalice la llamada.</p> <p>Responder cualquier pregunta que tenga el beneficiario y luego pasar a G -2 .</p>
<p>G - 2</p>	<p>Si está listo para inscribirse en el Plan [Nombre del Plan] hoy, pasaremos al proceso de inscripción. Puedo inscribirte ahora por teléfono si lo deseas o puedes elegir otro método de inscripción ya que hay otras opciones disponibles.</p> <p>¿Le gustaría continuar con la inscripción por teléfono hoy?</p> <p>Si el beneficiario desea inscribirse, Continúe con el G-3 .</p> <p>Si el beneficiario desea explorar otras opciones de inscripción, resalte los otros métodos disponibles para ellos (por ejemplo, cita en persona, autoinscripción a través de PURL del agente, enlace de mensaje de texto, enlace de correo electrónico, etc.). Acomode el método de inscripción de su elección obteniendo la información necesaria. Si se inscribe a través de otro método, muévase para finalizar la llamada.</p> <p>Si el beneficiario aún no quiere inscribirse , diga: Entiendo que revisamos mucha información hoy. Dado que no está listo para completar una inscripción en este momento, ¿puedo yo, un agente de seguros autorizado, tener su permiso para volver a llamarlo en un par de días después de que haya tenido tiempo de pensarlo?</p> <p>Documente la respuesta y finalice la llamada.</p>

<p>G-3</p>	<p>¡Perfecto! Ahora, antes de comenzar, tenga en cuenta que este es un plan [Medicare Advantage, suplemento de Medicare o medicamentos recetados] , no una cláusula adicional dental, de la vista o de la audición. ¿Tiene alguna pregunta adicional?</p> <p>En caso negativo, o cuando todas las preguntas hayan sido respondidas, proceda a continuación:</p> <p>Ok, vamos a inscribirte para que puedas comenzar a aprovechar este nuevo plan a partir del [fecha de vigencia] .</p> <p>Si el cliente está reemplazando la cobertura actual , indique: Para su información, inscribirse en este plan reemplazará su cobertura actual [aclarar el tipo de cobertura existente] .</p> <p>Proceda a completar el proceso de inscripción utilizando los métodos preferidos y aprobados de su agencia para la inscripción telefónica (es decir, MedicareCENTER, SunFire, Connecture, portales de inscripción específicos del proveedor, etc.). Haga todas las preguntas y lea las divulgaciones en la solicitud palabra por palabra.</p> <div data-bbox="284 1003 386 1108" style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;">  </div> <div data-bbox="397 982 1393 1171" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>NOTA DEL AGENTE:</p> <p>Debe leer palabra por palabra los requisitos y divulgaciones del plan, según corresponda por tipo de plan . Estas divulgaciones se encuentran dentro de la herramienta de inscripción durante el proceso de inscripción o en la solicitud misma.</p> </div> <p>Una vez completada la inscripción, proceda al cierre de H-1</p>
-------------------	---

H. CLAUSURA	
<p>H-1</p>	<p>Está bien [Nombre del cliente] , ¡ya está todo listo! La fecha de vigencia propuesta para el plan es [fecha de vigencia] . Una vez que su solicitud haya sido aprobada, recibirá por correo su tarjeta de identificación de miembro y documentos importantes del plan poco después; así que asegúrese de estar atento a ellos.</p> <p>Proporcione el número de confirmación si hay uno disponible y aún no lo ha hecho. Su número de confirmación es [n.º de confirmación] .</p> <p>Déjame proporcionarte mi información de contacto. Proporcione al cliente su nombre y número de teléfono.</p> <p>Asegúrese de tener esta información a mano para poder llamarme si tiene alguna pregunta o problema que pueda surgir. Además, si tiene familiares o</p>

<p>amigos que podrían beneficiarse de mis servicios, proporciónese mi información de contacto; estaré encantado de ayudarles también.</p>

<p>[Nombre del cliente] , ha sido un placer ayudarle hoy. Tu satisfacción es muy importante para mí, así que avísame si alguna vez necesitas algo en el futuro. Que tengas un maravilloso día/noche. Finalizar llamada.</p>

Operadores representados : Aetna, Alignment, AmeriGroup, Elevance, Blue Cross Blue Shield, Atrio, Baylor Scott & White, Brand New Day, Bright Health, Care N' Care, CarePartners of CT, Cigna Healthcare, Clover Health, ConnectiCare, Devoted, Emblem Health, Freedom & Optimum HealthCare, Geisinger Gold, Highmark, Humana, Kaiser Permanente, Molina Healthcare, MoreCare, Priority Health, Simply Health, UnitedHealthcare®, UPMC Health Plan, Viva Health, WellCare/Centene, Zing.