

# Molina Healthcare

## 2023 Medicare Telephonic and Enrollment Call Guide – Outbound SPANISH

### **Intent/Purpose:**

*This document was created to ensure [Molina Healthcare] telephone representatives cover all required information Medicare beneficiaries need. As a representative of [Molina] your role is to help each beneficiary find the most suitable health plan for them and, for those who are ready for it, assist them in completing enrollment over the phone.*

***Everything in RED TYPE is model language and must be spoken exactly as written.***

### **Reminder:**

*You're speaking to someone who may be confused or even afraid. This is your chance to provide a positive experience and the best solution to protect their health. Please speak slowly with the same patience and kindness you'd want someone to give your own loved ones.*

## SECTION 1:

### **Greeting:**

#### **Rep:**

- Tell the person your first and last name and that you're a licensed agent with [Molina Healthcare] [Passport by Molina Healthcare] [Senior Whole Health] [Senior Whole Health of New York]
- Ask to speak with [Mr.] [Ms.] [Mrs.] [first name and last name]

*Scenario 1: The person you're calling is not home.*

#### **Rep:**

- Thank the person for letting you know
- Ask if they know a better time to reach [first name and last name]?

*[If YES, Document and schedule a follow up call for appropriate time. End call]*

*Scenario 2: No one answers—you get their voicemail*

#### **Rep:** Leave a message –

- Greet the person by their first and last name
- Tell them your first and last name and that you're a representative of [Molina Healthcare] [Passport by Molina Healthcare] [Senior Whole Health] [Senior Whole Health of New York]
- Ask them to call you [(XXX) XXX-XXXX], TTY: [711] anytime [Monday through Friday] between [8] a.m. to [5] p.m.

*Scenario 3: Caller is available to take call.*

#### **Rep:**

- Tell them your name and ask how they're doing
- Get consent to call them back, should the call get disconnected
  - Say, "Is this the best number to call you back if we get disconnected?"
  - Confirm their phone number with them
- Explain that they may qualify for extra benefits with our Medicare Advantage Plans and additional allowances for vision, dental, transportation and hearing
- Tell them you'd like the opportunity to help them understand how Medicare works

## Medicare Disclaimer (words in red are REQUIRED)

**Rep:** Let them know, before you go any further, you need to say:

**Rep:** Tenga en cuenta que esta llamada se está grabando para garantizar la calidad. No está obligado/a a proporcionar ninguna información relacionada con su salud, a menos que esta se utilice para determinar su elegibilidad para inscribirse en un Plan de Salud. Voy a continuar ahora si le parece bien. ¿Puedo continuar?

*[If YES, continue to Determine Beneficiary, below.]*

*[If NO, they do not consent to being recorded, skip to In-Home Appointment Offering (Pg. 9).]*

## Determine Beneficiary

### Scope of Appointment (SOA) Scripting (REQUIRED)

**Rep:** Antes de continuar, quiero que sepa que [Molina Healthcare] [Passport by Molina Healthcare] [Senior Whole Health by Molina Healthcare] ofrece planes de la Parte C de Medicare. No hay obligación alguna de inscribirse en nuestros planes, y esta llamada telefónica no afectará a su inscripción actual o futura, ni le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare. ¿Confirma y entiende lo que le acabo de leer?

## SECTION 2: ELIGIBILITY

### Determine Service Area

### Determine Medicare Status

### Determine Medicaid Status

### Determine Enrollment Period

## SECTION 3: PLAN PRESENTATION

### Needs Assessment

**Rep:** Ask the following questions—

- ¿Qué tipo de cobertura tiene actualmente?
- ¿Qué tiene su plan actual con lo que no está satisfecho?
- ¿Qué está buscando en un plan de salud?
- ¿Está viendo actualmente a algún doctor/especialista? Queremos asegurarnos de que estén dentro de nuestra red ya que somos un plan HMO.

### Benefits Coverage and Comparison

**Rep:**

- Based on the conversation and questions just answered, recommend a plan to the beneficiary
- Provide the entire plan name and review **key** benefits, including
  - Covered medical and hospital benefits
  - Supplemental benefits
  - Prescription drug benefits
  - Premium (if applicable)

If the beneficiary has LIS, explain that they do not have a donut hole/coverage gap

**Rep:** Ask if they understand all the plan benefits that you just covered?

*[If YES, proceed to next question]*

*[If NO, provide any necessary clarification]*

**Rep:** Ask if they have any additional questions about anything we have discussed at this point?

*[If YES, provide any necessary clarification]*

*[If NO, proceed to next question]*

### Verify Provider Network

- Are you currently seeing any physicians/specialist? We want to ensure that they are within our network since we are an HMO plan.
  - Use online provider search to verify that physicians are in network and document results in Salesforce

### Verify Medications

- Are you taking any medications?

Y0050\_23\_750\_LRInbndEnrllSCR\_M

- Use online formulary to verify physicians are in network and document in Salesforce

## Verify Pharmacy Network

- What retail pharmacy are you using to fill your prescriptions? We want to ensure that they are within our network since we are an HMO plan.
  - Use online pharmacy locator to verify that pharmacy is in network and document results in Salesforce

## SECTION 4: ENROLLMENT PROCESSES

### Telephonic Enrollment

**Double Enrollment: If you are signing up a couple you can obtain consent from one giving the other permission to go through the telephonic enrollment process on their behalf.**

Confirm Intent to Enroll

**Rep:** Tengo entendido que está interesado en inscribirse en el plan Medicare Advantage de [Plan Name] por teléfono hoy mismo, ¿es esto correcto?

#### [TX H7678-003 (HMO I-SNP) only]

[Molina Medicare Comfort Care (HMO-I-SNP)] es un Plan Institucional para Necesidades Especiales que está diseñado para satisfacer las necesidades de aquellos que residen en un centro de enfermería especializada o de vida asistida y requieren un nivel de atención institucional].

#### [FL H8130-008 (HMO C-SNP) only]

[Molina Medicare Connect Care (HMO C-SNP)] es un Plan de Necesidades Especiales Crónicas que está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que viven con condiciones específicas de salud mental crónicas e incapacitante. Al inscribirse en este plan, certifica que cumple los criterios de padecer una o varias de estas enfermedades crónicas:

- Trastorno bipolar
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno paranoide
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

Una solicitud de inscripción autoriza a [Molina Healthcare] a verificar que usted cumple con los requisitos de elegibilidad directamente con su proveedor. Asimismo, autoriza a su proveedor a confirmar que padece una de las enfermedades crónicas que le permiten inscribirse en este plan].

### Authorization

**Rep:** ¿Estoy hablando con la persona que quiere inscribirse?

[If YES, skip down to the →→→]

[If NO, refer to this flow chart]:

Ask if they are authorized under state law to complete the enrollment application for the beneficiary...	
<i>If YES:</i> Ask if they can send documentation of their authority to [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]].	<b><i>If NO, See NO below</i></b>
<i>See YES or NO below.</i>	
<i>If YES, they can send documentation, tell them you must verify 1. Their first and last</i>	<i>If NO, they can't send documentation, explain that you must get verbal authorization from</i>

<i>name and phone number and 2. Their relationship to [Beneficiary's Name].</i>	<i>the beneficiary to continue. Ask if the beneficiary is present.</i>	
	<i>If YES, the beneficiary is present, ask to speak to them. Follow the script below...</i>	<i>If NO, the beneficiary is not present, enrollment cannot be completed. <b>End call.</b></i>

**Rep, to beneficiary:** Hola [Beneficiary Name], mi nombre es [Nombre del Rep] de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health]. [Nombre del individuo autorizado] está intentando inscribirlo en nuestro [Plan Name].  
¿Entiende esto, [Nombre del individuo autorizado] tiene su permiso para divulgar información personal en su nombre?

*[Beneficiary must clearly say Yes to continue. Now you can proceed call with Authorized representative]*

### Confirmation of Presentation

**Rep:** ¿Puede confirmar que le he explicado las prestaciones del plan de salud y que he comprobado nuestro formulario para verificar que sus medicamentos recetados están cubiertos?

**Rep:** ¿Puede confirmar que he verificado que su médico de atención primaria y sus especialistas participan en la red de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health]?

Are you an existing patient?

PCP/Health Center

NPI

Medical Group/IPA

PCP Address

### Verify Demographics

*[NOTE: If HIPAA verification was successful, representative can read this information back to the Beneficiary to confirm]*

**Rep:** Necesito verificar toda su información general:

- ¿Podría decirme su título [Sr., Sra., Srta.]?
- ¿Podría decirme su nombre de pila tal y como aparece en su tarjeta de Medicare?
- ¿Podría decirme su apellido tal y como aparece en su tarjeta de Medicare?
- ¿Me puede dar su fecha de nacimiento?
- ¿Cuál es su género?
- ¿Le gustaría proporcionar un número de teléfono el cual quisiera que [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] tuviera en el archivo? (Esto es opcional). ¿Es este un número de teléfono móvil?
  - [Al proporcionar su número de teléfono, usted acepta recibir nuestros mensajes de texto o llamadas con respecto los planes, los beneficios y la información de atención médica de [Molina] [Passport] [Senior Whole Health]. Los mensajes de texto no están codificados y pueden ser leídos por personas no autorizadas. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Para más información, consulte las condiciones de los SMS en nuestro sitio web.
- ¿Desea proporcionar una dirección de correo electrónico (esto es opcional)? Al proporcionar su dirección de correo electrónico, está dando permiso a [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] para enviar materiales de salud del plan no relacionados con la inscripción por correo electrónico.
- ¿Me podría dar su dirección permanente? Esta es la dirección que tiene registrada en Medicare. (Se requiere una dirección de residencia permanente para la inscripción):
  - Dirección de la calle
  - Ciudad
  - Estado

- Código postal
- ¿Tiene una dirección postal distinta de la dirección de residencia permanente que ha facilitado recientemente?
- ¿Desea proporcionar un contacto de emergencia?

[For Telephonic Enrollment Support Team only]:

Rep: [Confirmando que el agente que lo está ayudando es \_\_\_\_\_, ¿es esto correcto?]

### Verify Eligibility

[NOTE: If HIPAA verification was successful, representative can read this information back to the beneficiary to confirm]

**Rep:** ¿Tiene actualmente Medicaid?

**Rep:** En este punto recogeremos información de su tarjeta de Medicare, la tarjeta roja, blanca y azul.

- ¿Puede darme su número de identificación de beneficiario de Medicare o MBI?
- ¿Puede decirme la fecha de entrada en vigor de la Parte A Hospital?
- ¿Puede decirme la fecha de entrada en vigor de la Parte B Médica?

**Rep:** Tiene derecho a inscribirse en [indique la fecha de entrada en vigor propuesta] debido a [indique el periodo de elección que se ha identificado].

**Rep:** Algunas personas pueden tener otras coberturas, como otros seguros privados, TRICARE, cobertura de prestaciones sanitarias para empleados federales, prestaciones de la Administración de Veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Dispone de otra cobertura de medicamentos recetados además de [Nombre del plan]?

### Other Information

¿Es hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- No de origen hispano, latino/a o español
- Puertorriqueño/a
- Otro origen hispano, latino o español
- Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, Chicano/a
- Cubano/a
- Elijo no contestar

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio/a americano/a o nativo de Alaska
- Indio/a asiática
- Negro/a afroamericano/a
- Chino/a
- Filipino/a
- Guameño/a o Chamorro
- Japonés/a
- Coreano/a
- Nativo Hawaiano/a
- Otro Asiático/a
- Otro Islano Pacífico
- Samoano/a
- Vietnamita
- Blanco/a
- Elijo no contestar

**Rep:** ¿Trabajan usted o su cónyuge?

Y0050\_23\_750\_LRInbndEnrllSCR\_M

**Rep:** ¿Prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al español o en otro formato, como el audio o la letra grande?

## Enrollment Disclosures

**[\*For Full LIPS prospects don't read any of the following disclosures (Premium, Extra Help, Part D-IRMAA, Late Enrollment Penalty.**

**\*For Partial-No LIPS read all disclosures (If Plan is zero premium don't read Premium disclosure)**

## Premium

**Rep:** Puede pagar la mensualidad del plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o mediante deducción automática de su cheque de prestaciones de la Seguridad Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones cada mes.

- **Rep:** Would you like to get a monthly bill?
- **Rep:** Would you like to get Electronic Funds Transfer (EFT) from your bank account each month?
- **Rep:** Would you like to get an automatic deduction from your monthly Social Security benefit check or your Railroad Retirement Board (RRB)?

**Rep:** The Social Security/RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. In most cases, if Social Security or RRB accepts your request for automatic deduction, the first deduction from your Social Security or RRB benefit check will include all premiums due from your enrollment effective date up to the point withholding begins. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a paper bill for your monthly premiums.

## Extra Help

**Rep:** Las personas con ingresos limitados pueden optar a la Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las mensualidades de los medicamentos recetados, las franquicias anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a la penalización por inscripción tardía. Muchas personas tienen derecho a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Extra, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la Ayuda Extra por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

**Rep:** Si reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional con los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la mensualidad de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta mensualidad, le facturaremos el saldo restante que Medicare no cubre.

## Part D-IRMAA

**Rep:** Si se le impone una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, o Parte D-IRMAA, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra además de la mensualidad de su plan. Se le retendrá el importe de su cheque de prestaciones del Seguro Social o se le facturará directamente a Medicare o a la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). No, le pague a [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] la Parte D-IRMAA.

## Late Enrollment Penalty

**Rep:** Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía (LEP) si no se inscribió en un plan de medicamentos de Medicare cuando fue elegible por primera vez para la Parte A y/o la Parte B de Medicare, y si no tenía otra cobertura de medicamentos recetados que cumpliera con las normas mínimas de Medicare; O si tuvo una interrupción en la cobertura de al menos 63 días.

**Rep:** ¿Tiene una penalización por inscripción tardía?

**Rep:** Si actualmente tiene una multa por inscripción tardía, necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, [insertar métodos opcionales: "Transferencia electrónica de fondos (TEF)", "tarjeta de crédito"] cada mes [inserte los intervalos opcionales, si procede, por ejemplo "o trimestralmente"]. También



puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de prestaciones del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

**Rep:** ¿Quiere recibir una factura mensual?

**Rep:** ¿Le gustaría una transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes?

**Rep:** ¿Desea que le hagan una deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)?

**Rep:** La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de este o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de prestaciones del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus mensualidades.

**Rep:** Si no selecciona una opción de pago, recibirán una factura cada mes.

### STOP – Please Read This Important Information

**Rep:** Si actualmente tiene cobertura sanitaria de una empresa o sindicato, la afiliación a [Plan name] podría afectar a la cobertura médica de su empresa o sindicato. Si se inscribe, podría perder la cobertura médica de su empresa o sindicato. Lea las comunicaciones que le envía su empresa o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién dirigirse, el administrador de las prestaciones o la oficina que responde a las preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

### Agreement

**Rep:** Estamos tramitando esta solicitud para que entre en vigencia el [indicar la fecha de entrada en vigor].

**Rep:** Al llenar esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:

**Rep:** [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Tendrá que mantener sus Partes A y B de Medicare. Solo puede estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiende que su inscripción en este plan terminará automáticamente su inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es su responsabilidad informar de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro.

**Rep:** La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que se inscriba, podrá abandonar este plan o realizar cambios sólo en determinados momentos del año en los que haya un periodo de inscripción disponible (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en determinadas circunstancias especiales.

**Rep:** [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] atiende un área de servicio específica. Si se muda fuera del área que atiende [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health], necesita notificar al plan para poder cancelar su inscripción y encontrar un nuevo plan en su nueva área. Una vez que es beneficiario de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health], tiene derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no está de acuerdo. Leerá el documento de Evidencia de Cobertura de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] cuando lo reciba para saber qué normas debe seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

**Rep:** Entiendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health], debe recibir toda mi atención médica de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health], excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] y otros servicios contenidos en su documento de Evidencia de Cobertura [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, ni Medicare ni [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] pagarán los servicios.

**Rep:** Entiendo que debe utilizar las farmacias de la red para obtener los beneficios de los medicamentos recetados.

Y0050\_23\_750\_LRInbndEnrllSCR\_M

**Rep:** Consulte el documento de Evidencia de Cobertura de [Plan Name] para ver la lista de servicios cubiertos. Algunos servicios requieren autorización previa. Sin autorización (si procede), ni Medicare ni [Plan Name] pagarán los servicios.

**Rep:** Entiende que, si está recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por [Plan Name], él/ella puede ser pagado en base a su inscripción en [Plan Name].

**Rep:** ¿Comprende y está de acuerdo con estas declaraciones?

### Release of Information

**Rep:** Entiendo que me inscribo en el plan de [Plan Name]. Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] divulgará mi información, incluyendo los datos de mis eventos de medicamentos recetados, a Medicare, que puede divulgarla para investigación y otros fines que siguen todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. Los datos de este formulario de inscripción son correctos a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

**Rep:** Entiendo que mi firma verbal (o la firma verbal de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del Estado en el que vivo) en esta solicitud de inscripción en el plan [Plan Name] significa que entiendo el contenido de esta solicitud. Si se firma verbalmente por una persona autorizada (como se ha descrito anteriormente), esta firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de [Plan Name] o de Medicare.

**Rep:** ¿Comprende y está de acuerdo con estas declaraciones?

## SECTION 5: CONCLUSION

**Rep:**

- Thank the person for speaking to you
- Tell them the confirmation number: [Su número de confirmación para esta llamada es [Número de confirmación]].
- Inform them they will receive acceptance or denial in roughly [7 to 10 business days].
- Ask if they have friends or family members that could benefit from the plan
  - If so, let them know the friend or family can contact you through your direct number
  - Give them the number: [(866) 533-1050] ext. [XXXXXX], TTY: [711]
  - Tell them the days and times you're available

### In-Home Appointment

Offering

**Rep:**

- Let them know you understand Medicare can seem complicated if they're not familiar with it but we're here to make it easy to understand
- In fact, there's a representative near them who is great at explaining it all in person and even walking them through setting it up a Medicare plan
- Ask which day of the week works best for the rep to come help them?
  - If beneficiary elects to schedule an appointment, find a time/date that works for them and the external representative
  - Document and proceed to SCOPE OF APPOINTMENT
  - If beneficiary does NOT want to schedule an appointment, go to **Enrollment Materials**



## Scope of Appointment (SOA) Scripting (REQUIRED)

**Rep:** Gracias. Quiero confirmar que su nombre es [Nombre del beneficiario] y que su número de teléfono es [Número de teléfono], ¿es esta información correcta?

*[El beneficiario confirmará que sí o que no; corrige la información si es necesario y procede]*

**Rep:** Durante esta cita, [Nombre del representante externo] hablará con usted sobre los planes de la Parte C de Medicare de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health]. No hay obligación de inscribirse en nuestros planes, y esta reunión no afectará a su inscripción actual o futura, ni le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare. ¿Confirma y entiende lo que le acabo de leer?

**Rep:** Gracias. He concertado una reunión con [Nombre del representante externo] para el [fecha/hora], en la que podrá seguir hablando de los planes [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health] de la Parte C de Medicare.

## Enrollment Materials

**Rep:** If you would prefer, I can send you our benefits packet and schedule a follow up call to make sure you have received it and answer any questions you may have. Would you like me to send you a benefits packet and schedule a follow up phone call with you?

**Rep:** Would you like me to send this by mail or by e-mail?

Thank you and have a wonderful day!