

[Molina Healthcare]

Guía de llamadas telefónicas y de inscripción de Medicare 2025: llamadas de entrada y de salida

INTENCIÓN Y PROPÓSITO:

Este documento se elaboró para garantizar que los representantes telefónicos de [Molina Healthcare, Inc.] cubran toda la información requerida que necesitan los beneficiarios de Medicare. En su calidad de representante de [Molina], su función es ayudar a cada beneficiario a encontrar el plan de salud más adecuado para él y, a aquellos que estén dispuestos a hacerlo, ayudarles a completar la inscripción por teléfono.

Todo lo que aparece en ROJO es texto de referencia y debe utilizarse exactamente como está escrito.

RECORDATORIO:

Está hablando con una persona que puede estar confusa o incluso asustada. Tiene la oportunidad de brindarle una experiencia positiva y la mejor solución para proteger su salud. Hable despacio, con la misma paciencia y amabilidad que le gustaría que le ofrecieran a sus propios seres queridos.

CONTENIDO

INTENCIÓN Y PROPÓSITO:	1
RECORDATORIO:	1
SECCIÓN 1:	2
Saludo	3
Llamada entrante	3
Llamada saliente	3
Guiones de buzón de voz	3
Aviso legal de Medicare	4
Determinar al Beneficiario	4
Guion del alcance de la cita (SOA)	4
SECCIÓN 2: ELEGIBILIDAD	4
Determinar el Área de Servicio	4
Determinar el Estado de Medicare	5
Determinar el Estado de Medicaid	5
Determinar el Período de Inscripción	5
SECCIÓN 3: PRESENTACIÓN DEL PLAN	5
Evaluación de Necesidades	5

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Cobertura y Comparación de Beneficios	5
Verificar la Red de Proveedores.....	5
Aviso legal de la Continuidad de la atención (COC) (si corresponde).....	5
Verificar los medicamentos	6
Verificar la Red de Farmacias.....	6
SECCIÓN 4: PROCESOS DE INSCRIPCIÓN	6
Inscripción Telefónica	6
Confirmar la Intención de Inscribirse.....	6
Autorización.....	6
Confirmación de la Presentación	7
Verificar la Información Demográfica	7
Verificar la Elegibilidad.....	8
Etnia y raza.....	8
Información adicional	9
Divulgaciones de la Inscripción	9
Ayuda Adicional	9
IRMAA-Parte D	9
Multa por Inscripción Tardía.....	9
Acuerdo.....	10
Divulgación de la Información	10
SECCIÓN 5: CONCLUSIÓN.....	11
Cita en el Hogar.....	11
Oferta.....	11
Alcance de la cita(SOA)	11
Materiales de Inscripción.....	12

SECCIÓN 1:

[AVISO: COMPARTIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD ANTES DE VERIFICAR QUE LA PHI \(INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA\) ES UNA VIOLACIÓN DE LA HIPAA \(LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO\).](#)

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Los representantes tienen prohibido divulgar información de Medicaid o Medicare sin la verificación adecuada de la HIPAA, ya sea durante llamadas entrantes o salientes.

Asegúrese de mantener la confidencialidad de cualquier información sensible compartida durante las interacciones.

Verifique tres (3) de los siguientes (8) parámetros antes de divulgar cualquier PHI.

- **Nombre completo**
- **Fecha de nacimiento**
- **Número de teléfono**
 - o Es admisible hacerle las siguientes preguntas al beneficiario:
 - “¿Este número es su mejor número de contacto personal?”
 - “¿Tiene otro número de teléfono en el que sea más fácil contactarle?”
- **Dirección completa**
- **Número de Medicaid**
- **Número de Medicare**
- **Número del miembro de Molina**
- **SSN**

Saludo

Llamada entrante

Representante:

- Agradezca a la persona por llamar y dígame que aprecia esa comunicación.
- Mi nombre es [nombre de NBA] y soy un asesor de beneficios [con licencia] [sin licencia] de [Molina Healthcare][Passport Whole Health] [Senior Whole Health [of New York]] [MyChoice Wisconsin].
- Confirme el número de devolución de llamada en caso de que se desconecte.

Llamada saliente

NOTA: Si corresponde, asegúrese de que la regla de 48 horas cumpla con los requisitos de SOA (alcance de la cita).

- Agradezca a la persona por llamar y dígame que aprecia que dedique su tiempo para atender nuestra llamada.
- Mi nombre es [nombre de NBA] y soy un asesor de beneficios [con licencia] [sin licencia] de [Molina Healthcare] [Passport Whole Health] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin].

Guiones de buzón de voz

NOTA: Utilizar en caso de ser necesario según el tema del correo de voz; agregue cualquier información adicional relevante, especialmente si ya ha tenido una conversación con el beneficiario.

Representante: Deje un mensaje:

- Salude a la persona mencionando su nombre y apellidos.

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

- Dígales su nombre y apellido y que es un representante de [Molina Healthcare] [Passport Whole Health] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin].
- Pídale que le llamen al [(XXX) XXX-XXXX], TTY: [711] en cualquier momento [de lunes a viernes] entre las [8:00] a. m. y las [5:00] p. m.

Aviso legal de Medicare

NOTA: Las palabras en rojo son OBLIGATORIAS

Hágales saber que, antes de seguir adelante, tiene que decir:

Representante: Esta llamada se graba con fines de control de calidad. No está obligado(a) a proporcionar información relacionada con la salud, a menos que se vaya a utilizar para determinar su elegibilidad para la inscripción en un plan de salud. ¿Puedo continuar?

[Si la RESPUESTA ES SÍ, siga a continuación].

[Si la respuesta es NO, es decir, no dan su consentimiento para que se grabe, pase a Ofrecer Cita en el Hogar (página 9)].

Los beneficios, las mensualidades o los copagos y el coseguro pueden cambiar <en el 2025 o el año siguiente>. Para seguir calificando para Medicare Advantage, debe continuar con el pago de su prima de Medicare Parte B, además de cualquier otra prima o multa asociada a su cobertura. Los planes con una baja en el tipo de interés de la Parte B reducen el costo de la prima de la Parte B.

La prima de Medicare Parte B está cubierta por Medicaid.

- Dígales que le gustaría tener la oportunidad de ayudarles a entender cómo funciona Medicare.
- Explíqueles que pueden calificar para beneficios adicionales con nuestros planes Medicare Advantage y prestaciones adicionales para la visión, la salud dental, la audición y el transporte.

Determinar al Beneficiario

[Página intencionalmente en blanco]

Guion del alcance de la cita (SOA)

(Es OBLIGATORIO si actualmente no hay ningún alcance en el archivo. Si el alcance está en el archivo, continúe con la Sección 2: Elegibilidad)

Representante: [Molina Healthcare] [Passport by Molina Healthcare] [Senior Whole Health] [Senior Whole Health of New York] [MyChoice Wisconsin] **ofrece planes Medicare Advantage.**

No hay ninguna obligación de inscribirse en nuestros planes, y esta llamada telefónica no afectará su inscripción actual o futura, ni lo inscribirá automáticamente en un plan de Medicare. Hoy, <decir la fecha>, analizaremos los detalles del plan que ha seleccionado para la cobertura.

SECCIÓN 2: ELEGIBILIDAD

Determinar el Área de Servicio

[Página intencionalmente en blanco]

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Determinar el Estado de Medicare

[Página intencionalmente en blanco]

Determinar el Estado de Medicaid

Verificaremos su elegibilidad para Medicaid y sabremos si califica para un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a Medicaid.

Determinar el Período de Inscripción

[Página intencionalmente en blanco]

SECCIÓN 3: PRESENTACIÓN DEL PLAN

Evaluación de Necesidades

[Página intencionalmente en blanco]

Cobertura y Comparación de Beneficios

[Página intencionalmente en blanco]

Verificar la Red de Proveedores

Revisaremos nuestro directorio de proveedores para asegurarnos de que los médicos que lo atienden estén en la red. No cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red. Sin embargo, no es necesario que utilice un proveedor de la red en situaciones de emergencia o urgencia. Revise la red y elija a los médicos. Si el médico de los beneficiarios no está en la red, entonces analice la necesidad de elegir un médico diferente y seleccione.

Aviso legal de la Continuidad de la atención (COC) (si corresponde)

Molina Medicare tiene una política de continuidad de la atención que le permite tener acceso continuo a profesionales no contratados. Si es un miembro nuevo, puede continuar el tratamiento por un máximo de 90 días en las siguientes situaciones:

1. Está en tratamiento activo con médicos no contratados en el momento de la inscripción.
2. Tiene un equipo médico duradero actual y necesita acceso continuo al equipo médico duradero y a reparaciones de proveedores no contratados.
3. Si su médico está de acuerdo, habrá Continuidad de la atención (COC).

REPRESENTANTE: Molina Medicare intentará trabajar con su médico no contratado para incorporarlo a la red de Molina Medicare dentro del período de Continuidad de la atención de 90 días. Si su médico no está de acuerdo con los términos de Continuidad de la atención o no acepta formar parte de la red de Molina Medicare, será transferido a otro médico contratado por Molina.

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

¿Está de acuerdo en seguir adelante con la inscripción sabiendo que el acceso a este médico no está garantizado?

Si el cliente potencial desea avanzar:

REPRESENTANTE: Recibirá su TARJETA de identificación del miembro con otro médico de atención primaria de la lista. El primer día del mes en que entre en vigencia, se comunicará con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitará la continuidad de la atención para este o estos médicos.

Próximos pasos

1. Asigne un PCP (médico de atención primaria) contratado en DRX.
2. Configure el seguimiento para ayudar a los miembros con la solicitud de Continuidad de la atención a través del Departamento de Servicios para Miembros.

ESTADO Y PLAN	PERÍODO DE COC
TODOS LOS MAPD y DSNP	90 días

Verificar los medicamentos

[Página intencionalmente en blanco]

Verificar la Red de Farmacias

Revisaremos el directorio de farmacias para asegurarnos de que la farmacia que usa para obtener los medicamentos recetados esté en la red.

- Revise el directorio de farmacias. Si la farmacia no está en el directorio, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus recetas médicas.

SECCIÓN 4: PROCESOS DE INSCRIPCIÓN

Inscripción Telefónica

Doble inscripción: Si inscribe a una pareja, puede obtener el consentimiento de una de las personas que le da el permiso a la otra para realizar el proceso de inscripción telefónica en su nombre. El “consentimiento de inscripción” es diferente al “consentimiento para hablar” en su nombre. Asegúrese de obtener el consentimiento de inscripción.

Confirmar la Intención de Inscribirse

Representante: Usted está interesado(a) en inscribirse hoy por teléfono en el plan [nombre del plan] de Medicare Advantage, ¿es correcto?

[SI ES EL PLAN DSNP: Los planes para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (a veces llamados “HMO D-SNP”) son para las personas que califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse a este plan, entienda que debe permanecer inscrito en su programa estatal de Medicaid para seguir siendo elegible en este plan.]

Autorización

Representante: ¿Hablo con la persona que quiere inscribirse?

[Si la respuesta es SÍ, pase a la sección “**Confirmación de la presentación**”].

[Si la respuesta es NO, consulte este diagrama de flujo]:

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Pregunte si están autorizados por la ley estatal a rellenar la solicitud de inscripción para el beneficiario...	
<p><i>Si la respuesta es SÍ:</i> Pregunte si pueden enviar documentación que acredite su autorización a [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin].</p> <p><i>Vea SÍ o NO a continuación.</i></p>	<p><i>Si la respuesta es NO, vea NO a continuación.</i></p>
<p><i>Si la respuesta es SÍ, y pueden enviar la documentación, dígales que debe verificar el punto 1. Su nombre y apellidos y número de teléfono y el punto 2. Su relación con [nombre del beneficiario].</i></p>	<p><i>Si la respuesta es NO, y no pueden enviar la documentación, explíqueles que deben obtener la autorización verbal del beneficiario para continuar. Pregunte si el beneficiario está presente.</i></p>
	<p><i>Si la respuesta es SÍ, y el beneficiario está presente, solicite hablar con él. Siga el siguiente guión...</i></p> <p><i>Si la respuesta es NO, y el beneficiario no está presente, no se puede proceder a la inscripción. Finalice la llamada.</i></p>

Representante a beneficiario: Hola [nombre del beneficiario], mi nombre es [nombre del representante] de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin]. [Nombre de la persona autorizada] está intentando inscribirle en nuestro [nombre del plan]. ¿Entiende lo anterior y tiene [nombre de la persona autorizada] su permiso para divulgar información personal en su nombre?

[El beneficiario debe decir SÍ con claridad para continuar. Ahora puede proceder a la llamada con el representante autorizado]

Confirmación de la Presentación

Representante: ¿Podría confirmar que le expliqué los beneficios del plan de salud y que revisamos nuestro formulario para verificar que sus medicamentos recetados estén cubiertos?

Representante: ¿Puede confirmar que verifiqué que su médico de atención primaria y sus especialistas pertenecen a la red de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin]

- ¿Ya es paciente?
- PCP/Centro de salud
- NPI
- Grupo médico/IPA
- Dirección del PCP

Verificar la Información Demográfica

[NOTA: Si la verificación de la HIPAA fue exitosa, el representante puede leerle esta información al Beneficiario para confirmarla].

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Representante: Confirme que la información que tengo es correcta:

- Medicare registra que este es su nombre:
- Medicare registra que este es su apellido:
- Medicare registra que esta es su fecha de nacimiento:
- Medicare registra que este es su género:
- ¿Desea proporcionar un número telefónico para que anotemos en sus registros? (Esto es opcional). ¿Es un número de celular?
 - [Si la respuesta es SÍ] Al proporcionar su número de celular, da su consentimiento para que nos comuniquemos con usted mediante llamadas o mensajes de texto en relación con los planes, beneficios e información de atención médica. Los mensajes de texto no están cifrados y los pueden leer personas no autorizadas. Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Para obtener más información, consulte los Términos y condiciones de los mensajes de texto en nuestro sitio web.
- ¿Desea proporcionar una dirección de correo electrónico (esto es opcional)?
 - [Si la respuesta es SÍ] Al proporcionar una dirección de correo electrónico nos autoriza a comunicarnos con usted mediante correo electrónico. Su dirección de correo electrónico se usará de acuerdo con nuestra política de privacidad.
- La dirección física que tiene registrada con Medicare es [decir dirección]. ¿Corresponde con su dirección postal? [Actualizar la dirección en DRX si es necesario]
- ¿Quisiera proporcionar un contacto de emergencia? (Esto es opcional).

Verificar la Elegibilidad

[NOTA: Si la verificación de la HIPAA fue exitosa, el representante puede leerle esta información al Beneficiario para confirmarla].

Representante: Confirme que los siguientes datos son correctos:

Representante:

- [Si es un plan DSNP] Confirmamos que tiene Medicaid activo.
- Su número de identificación de Medicare (MBI) es (decir el número)
- La fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte A es (decir fecha) y la fecha de entrada en vigencia de la Parte B es (decir fecha).

Representante: Usted puede inscribirse en una [indicar la fecha de vigencia propuesta] **debido a** [indicar el período de elección identificado].

Representante: Es posible que algunas personas tengan otra cobertura, que incluye otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de [nombre del plan]?

Etnia y raza

Representante: Sr./Sra. [Nombre], ¿tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Información adicional

Representante: ¿Usted o su esposa/o trabajan?

Representante: ¿Prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés?

Representante: ¿Lo preferiría en otro formato, como audio o letras grandes?

Divulgaciones de la Inscripción

Los prospectos de Full LIPS (PCT = 100) no necesitan la lectura de ninguna de las siguientes divulgaciones (Ayuda extra [Extra Help] Parte D-IRMAA, Multa por inscripción tardía):

- Ayuda extra [Extra Help], Parte D-IRMAA, Multa por inscripción tardía.

Parcial (PCT es menor que 100) o No LIPS leer todas las divulgaciones:

- Ayuda extra [Extra Help], Parte D - (IRAA), Multa por inscripción tardía

Ayuda Adicional

Representante: Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica para Ayuda extra [Extra Help], Medicare podría pagar una parte o el total del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellas personas que califican no tendrán falta de cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Muchas personas califican para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Si Medicare únicamente paga una parte de esta prima, le cobraremos el monto que Medicare no cubre. Para obtener más información sobre esta Ayuda Extra (Extra Help), puede solicitar Ayuda Extra (Extra Help) en línea en www.ssa.gov, en su oficina local del Seguro Social, o llamando al Seguro Social (1-800-772-1213, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

IRMAA-Parte D

Representante: Si le calculan una suma de ajuste mensual conforme a ingresos de la Parte D, (Parte D-IRMAA), recibirá una notificación de parte de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Dicho monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien será directamente facturado por Medicare o la Junta Ferroviaria de Retiro. NO pague a [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin] la Parte D-IRMAA.

Multa por Inscripción Tardía

Representante: ¿Tiene una Multa por Inscripción Tardía?

Si la respuesta es No, vaya a [Acuerdo](#)

Si no saben qué es una Multa por Inscripción Tardía, explíqueles.

Representante: Es posible que deba pagar una Multa por Inscripción Tardía (LEP, por sus siglas en inglés) si no se inscribió en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare cuando resultó elegible por primera vez para Medicare Parte A o Medicare Parte B, y si no tenía otra cobertura de medicamentos recetados que cumpliera con los estándares mínimos de Medicare; O BIEN si tuvo una interrupción en la cobertura de al menos 63 días.

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Acuerdo

Representante: Estamos procesando esta solicitud para la fecha de vigencia del [indicar la fecha de vigencia].

Representante: Al completar esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:

Representante: [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin] es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Deberá conservar su Medicare Parte A y Medicare Parte B. Solo puede estar en un plan Medicare Advantage a la vez. También puede verse afectado si tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato. Si se inscribe, puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envía o comuníquese con su administrador de beneficios para obtener ayuda.

Representante: Una vez que se inscriba, puede dejar este plan o hacer cambios únicamente en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bien en circunstancias especiales. Visite Medicare.gov en cualquier momento para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

Representante: Comprende que cuando comienza su cobertura de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin], debe obtener todos sus beneficios médicos y medicamentos recetados de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin].

El documento de Evidencia de cobertura (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) es una lista completa de los beneficios y todos los servicios cubiertos, proporcionados por [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [Central Health Plan (CHP)]. Ni Medicare ni [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin] pagarán por los beneficios y servicios que no estén cubiertos.

Representante: Comprende que debe utilizar las farmacias de la red para obtener los beneficios de medicamentos recetados.

Representante: Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite MolinaHealthcare.com. También puede obtener un resumen de los beneficios y una hoja de calificaciones por estrellas en nuestro sitio web. Algunos servicios ambulatorios requieren una autorización previa. Sin una autorización (si corresponde), ni Medicare ni [nombre del plan] pagarán por los servicios.

Representante: ¿Comprende y acepta estas afirmaciones?

Divulgación de la Información

Representante: Entiende que se inscribe en el plan [nombre del plan]. Al inscribirse en este plan de salud de Medicare, usted reconoce que [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin] divulgará su información a Medicare, quien puede usarla para hacer un seguimiento de su inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de información. La información suministrada en este formulario de inscripción es correcta, a su leal saber y entender. Comprende que, si proporciona información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará su inscripción al plan.

Representante: Comprende que su firma verbal (o la firma verbal de la persona autorizada para actuar en su nombre en virtud de las leyes del estado donde vive) en esta solicitud de inscripción del plan [nombre del plan] significa que comprende el contenido de esta solicitud. Si la solicitud

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

es firmada de forma verbal por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:

1. Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
2. La documentación sobre esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Representante: ¿Comprende y acepta estas afirmaciones?

SECCIÓN 5: CONCLUSIÓN

Representante:

- Dé las gracias a la persona por hablar con usted.
- Dígales el número de confirmación: [Su número de confirmación para esta solicitud es [número de confirmación]].
- Infórmeles de que recibirán la aceptación o denegación en un plazo aproximado de [7 a 10 días laborables].
- Pregúnteles si tienen amigos o familiares que puedan beneficiarse del plan
 - En caso afirmativo, hágales saber que el amigo o familiar puede ponerse en contacto con usted a través de su número directo [Proporcionar un número de marcación directa] o un número gratuito: [(866) 533-1050]
 - Indíqueles el número: [(866) 533-1050] ext. [XXXXXX], TTY: [711]
 - Infórmeles de los días y horas en que está disponible.
 - *Proporcione el número de teléfono gratuito apropiado del Departamento de Servicios para Miembros del plan.*

Cita en el Hogar

Oferta

Representante:

- Hágales saber que entiende que Medicare puede parecer complicado si no están familiarizados con el programa, pero que estamos aquí para que sea fácil de entender.
- Además, tienen cerca a un representante que les explicará en persona todo lo que necesiten e incluso les guiará en la configuración de un plan de Medicare.
- Pregúnteles qué día de la semana les viene mejor para que el representante acuda a ayudarles.
 - Si el beneficiario opta por concertar una cita, encuentre una hora y una fecha que le convengan a él y al representante externo.
 - Documente y pase a ALCANCE DE LA CITA
 - Si el Beneficiario NO desea programar una cita, dirigirse a **Materiales de Inscripción**

Alcance de la cita (SOA)

(SE REQUIERE GUIÓN).

Representante: También quisiera confirmar que su nombre es [nombre del beneficiario] y que su número telefónico es [número telefónico], ¿esta información es correcta? [Configurar IMA]

Guía de llamadas telefónicas de Medicare 2025

Representante: Durante esta cita que será el [fecha/hora/dirección], [nombre del representante externo] analizará junto con usted los planes de [Molina Healthcare] [Passport] [Senior Whole Health [of NY]] [MyChoice Wisconsin] de Medicare Advantage. No hay ninguna obligación de inscribirse, y esta reunión no afectará su inscripción actual o futura, ni le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare. ¿Confirma y comprende?

Representante: Gracias. *[El beneficiario confirmará por sí o no; corregir la información si fuera necesario y continuar].*

Materiales de Inscripción

Representante: Si lo prefiere, puedo enviarle nuestro paquete de beneficios y programar una llamada de seguimiento para asegurarme de que lo haya recibido y poder responder cualquier pregunta que pudiera tener. ¿Desea que le envíe un paquete de beneficios y programe una llamada telefónica de seguimiento con usted?

Representante: ¿Desea que se lo envíe por correo o por correo electrónico?
¡Gracias y que tenga un día maravilloso!