

Hoja de trabajo de resumen Ayuda Laboral

Completar una Hoja de trabajo de resumen del plan (PSW) después de que un beneficiario completa una inscripción es una forma aprobada y conforme para garantizar que el beneficiario comprenda el plan de Aetna en el que se inscribió y ayude a los agentes a evitar y / o defenderse de las denuncias de quejas.

Las PSW deben ser completadas por el agente con el beneficiario al final de la cita y enviadas junto con la solicitud. El agente conserva el original y el beneficiario conserva una copia.

Tabla de Contenido

Obtención de Formularios PSW	1
Completar formularios de PSW con Beneficiarios	1
Envío de formularios PSW	4
Uso / Retención de formularios	5

Obtención de Formularios PSW

Los formularios de PSW están disponibles en el Módulo de pedidos de agentes (BOM) de Aetna. Los formularios vienen con un pedido de 10 y llegarán por correo.

Los formularios PSW también pueden estar disponibles para su recogida inmediata en las oficinas de CareFree.

Completar formularios de PSW con Beneficiarios

Tarea	Acción
Solicitud completa de MAPD	<p>El formulario PSW debe completarse para todas las solicitudes de inscripción en papel MA / MAPD.</p> <p>Se genera automáticamente un formulario electrónico de PSW cuando los agentes utilizan el proceso de solicitud en línea a través de Ascend para inscribir miembros. Una vez que se completa la inscripción, se envía un correo electrónico al agente para el nuevo miembro. El correo electrónico incluye el formulario PSW.</p> <p>El agente debe reenviar el correo electrónico al miembro.</p>
Completar el campo "Fecha de hoy"	Esto debe coincidir con la fecha en la solicitud.

Hoja de trabajo de resumen Ayuda Laboral

<p>Completar el campo "Su Nombre"</p>	<p>Este campo es para el nombre del beneficiario, NO el nombre del agente.</p>
<p>Seleccionar tipo de plan</p>	<p>Verifique con el beneficiario que se ha inscrito en un plan de Medicare Advantage – NO un suplemento de Medicare.</p> <p>Coloque un cheque en el campo MA O MAPD. (marque uno)</p> <div data-bbox="415 478 1469 674" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Mi nuevo plan Medicare Advantage</p> <p>NO es un suplemento de Medicare. Es un (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos (MAPD): reemplaza la Parte A, Parte B, agrega la Parte D.</p> <p><input type="checkbox"/> Plan Medicare Advantage <u>sin</u> cobertura de medicamentos (MA): reemplaza la Parte A y la Parte B.</p> </div>
<p>Seleccione los requisitos de "referencia" del plan</p>	<p>Coloque una marca de verificación en UNA de las dos posibilidades para verificar si el plan requiere referencias. (marque uno)</p> <div data-bbox="415 814 1156 905" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><input type="checkbox"/> Requiere referidos para un especialista.</p> <p><input type="checkbox"/> No requiere referidos para un especialista.</p> </div>
<p>Seleccione los requisitos de "red"</p>	<p>Coloque una marca de verificación en UNA de las dos posibilidades para verificar si el plan requiere que los beneficiarios permanezcan en la red. (marque uno)</p> <div data-bbox="415 1041 1485 1121" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><input type="checkbox"/> Requiere el uso de doctores de la red (a menos que sea una emergencia).</p> <p><input type="checkbox"/> Me permite ver a los doctores fuera de la red, por lo general, a un costo más alto.</p> </div>
<p>Proporcionar información de "copago"</p>	<p>Escriba los costos de PCP dentro y fuera de la red. Si el plan no proporciona beneficios fuera de la red, escriba NINGUNO en el campo.</p> <p>Escriba el monto del deducible médico dentro y fuera de la red (si corresponde). Del plan no tiene un deducible médico, escriba NINGUNO en ambos campos.</p>
<p>Proporcionar información de "cobertura dental"</p>	<p>Asegúrese de que el beneficiario comprenda los beneficios dentales en el plan seleccionando una opción de cobertura aplicable.</p> <div data-bbox="415 1486 1485 1696" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Cobertura dental (marque lo que aplique):</p> <p><input type="checkbox"/> No disponible.</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene una red de dentistas para usar (ciertos planes requieren elegir un dentista primario).</p> <p><input type="checkbox"/> Es un beneficio de reembolso (usted paga por adelantado y someterá la información requerida para el reembolso).</p> <p><input type="checkbox"/> Esta sólo disponible si usted se inscribe en la cobertura dental suplementaria del plan por una prima adicional.</p> </div> <p><u>Nota:</u> se puede encontrar más información sobre los beneficios dentales de un plan en el Resumen de beneficios y la Evidencia de cobertura del plan.</p>

Hoja de trabajo de resumen Ayuda Laboral

Proporcione información sobre "médicos y hospitales"	Asegúrese de que el beneficiario comprenda qué proveedores que son importantes para ellos están dentro o fuera de la red. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Doctores y hospitales <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Nombre del proveedor:</th> <th style="width: 30%;">¿Están en la red de mi plan?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Nombre del proveedor:	¿Están en la red de mi plan?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre del proveedor:	¿Están en la red de mi plan?																		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
Proporcione la fecha de "Prima del plan, nombre y fecha de inicio / propuesta"	Asegúrese de que el miembro comprenda la prima mensual, el nombre del plan y la fecha de vigencia. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Prima del plan, nombre y fecha de inicio Mi plan tiene \$ _____ de prima mensual. <i>Esto no incluye ninguna penalidad por inscripción tardía o Extra Help.</i> El nombre de mi nuevo plan es: _____ Me gustaría que la cobertura de mi plan comenzara en la siguiente fecha: _____ </div> <p>Reiterar: esto no incluye ningún costo de la Parte D IRMAA, LEP o Ayuda Adicional.</p>																		
Proporcione información sobre "Cobertura de farmacia / medicamentos recetados"	Incluya la cantidad deducible de la Parte D y los niveles afectados. Incluya todas las recetas que el beneficiario haya revelado, el nivel en el Nuevo plan y cualquier limitación de cobertura. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Cobertura de medicamentos recetados Mi plan tiene un deducible por medicamentos recetados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solo en los niveles 3-5 <input type="checkbox"/> Solo en los niveles 4-5 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Mis medicamentos y dosificaciones</th> <th style="width: 15%;">Nivel de la droga</th> <th style="width: 40%;">¿Alguna limitación de cobertura? PA = autorización previa ST = terapia escalonada QL = límites de cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL</td> </tr> </tbody> </table> <p>Clave de Limitación de cobertura:</p> <p>Todas las limitaciones de cobertura para medicamentos recetados específicos aparecerán en las búsquedas de medicamentos en línea. Si aparece alguno, marque la casilla correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> PA: la receta requiere una Autorización previa (PA) de la compañía de seguros para surtirla. El farmacéutico / médico dispensador debe solicitar la autorización. ST: la receta cae en la Terapia escalonada (ST) y el beneficiario debe probar medicamentos de nivel inferior que cubran la afección antes de dispensar el medicamento. QL: la receta está limitada por la cantidad que un beneficiario puede tener en un período de tiempo específico. 	Mis medicamentos y dosificaciones	Nivel de la droga	¿Alguna limitación de cobertura? PA = autorización previa ST = terapia escalonada QL = límites de cantidad			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL
Mis medicamentos y dosificaciones	Nivel de la droga	¿Alguna limitación de cobertura? PA = autorización previa ST = terapia escalonada QL = límites de cantidad																	
		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL																	
		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL																	
		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL																	
		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL																	
		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> QL																	

Hoja de trabajo de resumen Ayuda Laboral

Proporcionar información de "farmacia"	Indique el nombre de la farmacia y compruebe si es el preferido o el estándar. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Información de farmacia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">El nombre de mi farmacia es:</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Esta farmacia es: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar</td> </tr> </table> </div>	El nombre de mi farmacia es:	Esta farmacia es: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar
El nombre de mi farmacia es:	Esta farmacia es: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar		
Proporcionar información de "contacto del agente"	Complete su información de contacto incluso si el beneficiario ha recibido la tarjeta de presentación del agente. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>¿Preguntas? Estoy aquí para ayudar: llámeme</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Nombre del agente:</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Número de teléfono del contacto:</td> </tr> </table> </div>	Nombre del agente:	Número de teléfono del contacto:
Nombre del agente:	Número de teléfono del contacto:		
Revisar los siguientes pasos	Revisión con el beneficiario. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>¿Qué sucederá después?</p> <ul style="list-style-type: none"> Si necesitamos más información para procesar su inscripción, nos pondremos en contacto con usted, por favor, responda a las solicitudes a tiempo para evitar problemas con su inscripción. Le avisaremos una vez que haya sido aceptado en nuestro plan. <p><u>Enfatice: si el beneficiario recibe una solicitud de información del plan, debe responder lo más rápido posible.</u></p> </div>		
Proporcionar información adicional	Use la sección de Notas para proveedores adicionales, farmacias y cualquier otra información que sea importante para el beneficiario.		
Haga que el beneficiario inicialice el formulario	Haga que el beneficiario inicie la hoja de trabajo en la sección Notas. Esto garantiza que el beneficiario comprenda el plan en el que se inscribió.		

Envío de formularios PSW

Tarea	Action
Enviar PSW	Adjunte y envíe el PSW en papel completo junto con la solicitud de inscripción en papel correspondiente según las instrucciones en la solicitud de inscripción en papel. Recordatorio: al inscribir miembros a través del proceso en línea a través de Ascend, se genera automáticamente una PSW después de que se completa la inscripción. El agente recibirá un correo electrónico con el PSW que el agente debe reenviar al beneficiario.

Hoja de trabajo de resumen Ayuda Laboral

Uso / Retención de formularios

Tarea	Acción
Proporcionar copia al beneficiario	Indique al beneficiario que revise el formulario PSW. Recapitula las características del nuevo plan. Recordatorio: al inscribir miembros a través del proceso en línea a través de Ascend, los agentes <u>deben</u> reenviar el correo electrónico con PSW que se genera.
Retener una copia	Mantenga la copia en el archivo para servicio al cliente durante 10 años según las pautas de CMS. Consulte PSW para problemas de servicio al cliente.
Uso como defensa contra quejas / denuncias	Si el agente recibe una queja o un alegato del miembro sobre el plan, incluya el formulario PSW en la respuesta del agente a la queja.