



Plataforma de Inscripción Humana

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare (Agentes socios)

Resumen

Esta ayuda laboral explica los pasos para completar una Solicitud de Suplemento de Medicare

Tabla de contenido

[Panel](#)

[Buscar contactos](#)

[Búsqueda de clientes](#)

[Usando el código postal](#)

[Planes disponibles](#)

[Elegibilidad](#)

[Historial de salud](#)

[Doctores y Medicamentos](#)

[Información del solicitante](#)

[Aceptar e inscribirse](#)

[Recordatorio: Oferta de venta cruzada de planes IDVH y PDP](#)

Panel

El Panel es la página principal que verá cuando inicie sesión y contiene enlaces a cada una de las principales áreas de trabajo.

The dashboard features a 'Quick links' bar with buttons for 'Search contacts', 'Quote & Enroll', 'Send a scope', and 'Reporting'. Below this, the 'Contacts for last 30 days' section includes a filter by last name starting with letters A through Z. A table lists contacts with columns for First name, Last name, Disposition, and Action. The 'Enrollments for the last 30 days' section shows 23 Successful and 11 Incomplete enrollments. There are also sections for 'Resources' and 'Messages'.

First name	Last name	Disposition	Action
ELLA	FITZGERALD	Enrolled	⋮
ELLA	FITZGERALD	Enrolled	⋮

Continuar en la página siguiente

Buscar Contactos

Para buscar un contacto, haga clic en el botón **BUSCAR CONTACTOS** o haga clic en el icono  **CONTACTOS** en la barra de navegación izquierda

Puedes buscar por apellido o solo por la primera inicial del apellido

Search contacts

Phone

OR

First name Last name

Date of birth

Disposition

Una vez que encuentre el contacto que desea, seleccione los siguientes pasos en el menú Acciones.

Desde allí puede ver el contacto, iniciar una cotización o completar el alcance de una cita. Si el cliente tenía una inscripción, puede ver la inscripción.

Search results

Acciones	Apellido	Nombre	Date of birth
	AA		09-12-1958
			05-20-1959
			09-14-1958
	Douglas	Ace	09-08-1958

Menú de acciones:

-  View contact
-  View quote
-  Send personal URL
-  Scope of appointment
-  View enrollment

Continuar en la página siguiente

Uso de la Búsqueda de Clientes

Antes de que los agentes lean/revisen las exenciones de responsabilidad con el miembro, deberán usar el siguiente script.

- *"¿Le gustaría que verificara si sus medicamentos actuales estarían incluidos en el plan o planes que estamos discutiendo?"*
 - Si la respuesta es no, no será necesario introducir los medicamentos manualmente, y el agente continuará con la llamada
 - El agente puede hacer clic en la **pestaña Código postal** o continuar con Flujo de clientes o Ver todos los planes
 - En caso afirmativo, el agente debe indicar *"Puedo ingresar manualmente cada medicamento o puedo acceder a los datos de recetas que Humana y algunas de sus aseguradoras anteriores pueden tener archivadas para usted"*.
 - Determine qué enfoque es la preferida, la introducción manual o el acceso a los datos en el archivo
 - Si el cliente prefiere que el agente utilice los datos registrados, el agente procederá al idioma de autorización requerido en la pantalla. Vea las capturas de pantalla a continuación y consulte la ayuda de trabajo adjunta para cualquier pregunta adicional

Primero, lea cada divulgación al afiliado. Estas son 2 divulgaciones diferentes y no están relacionadas entre sí. Ambos son opcionales.

Para ver los medicamentos de Medicare, Medicaid y el gabinete de farmacia, debe leer cada divulgación palabra por palabra y marcar ambas casillas. El inscrito debe estar de acuerdo con ambos.

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Las casillas de verificación no se pueden desmarcar una vez marcadas.

Before we explore your plan choices, I'd like to check your eligibility status. This is optional, and not required before we discuss plans, but this will help determine what plans you may be eligible to enroll into. Please note that this is based on current information available and does not guarantee eligibility. CMS will make the final determination of eligibility if you submit an application.

- To look up your eligibility, you would need to provide me your Medicare ID and Date of Birth.
- If you provide consent, I will be able to see your personal and health information within your profile with Medicare.

Do I have your consent to check your eligibility status?

*Only required if you are using Customer lookup

Your privacy is important to us. Privacy laws require us to get your consent before checking your existing prescription information. I will read the authorization to you, and if you agree to what I describe, I will ask you to say Yes at the end. You authorize Humana to see the prescription data that Humana currently has on file for you. This data may include any treatment for mental illness, substance use, HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. You understand that this authorization remains in effect for 12 months from today. If you do decide to enroll, this will save time when we are reviewing the plans and estimating your prescription costs. You understand that treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether you agree. You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time, except to the extent that Humana has relied upon it, by sending written notice to Humana's Privacy Office. You understand that you have the right to refuse to agree to this authorization, and that PHI disclosed pursuant to this authorization may be redisclosed by the recipient and its confidentiality may no longer be protected by federal or state law.

Do you give me permission to review your existing, and possibly other carrier prescription information, so I may assist you today on this call?

[Customer full name], if you agree with this statement on [today's date], please say Yes.

Si el afiliado no responde **SÍ** a ambas preguntas, los medicamentos almacenados en el gabinete de la farmacia no se extraerán y las recetas deberán ingresarse manualmente.



El uso de Búsqueda de clientes es opcional y el afiliado no está obligado a responder a las preguntas de esta sección. Para omitir esta sección ingrese el código postal del solicitante y haga clic en VER PLANOS

Si el afiliado responde **SÍ** a ambas divulgaciones, ingrese el código postal, el número de Medicare y la fecha de nacimiento.

A continuación, haga clic en **LOOKUP (BUSCAR)**.

ZIP code*

Medicare number*

Date of birth*

Lookup

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Verá los medicamentos que se introdujeron en Plataforma de Inscripción Humana, si los hubiera, en la sección Farmacia y medicamentos.

Asegúrese de revisar la lista para verificar su exactitud. Haga clic en **EDIT (EDITAR)** para realizar cambios o en **DELETE (ELIMINAR)** para eliminar un medicamento de la lista.

Medication name	Edit	Delete
Alprazolam TAB 1MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Venlafaxine HCL TAB 75MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Atorvastatin Calcium TAB 10MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Losartan Potassium TAB 25MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Omeprazole DR CAP 20MG		

Si el servicio está funcionando pero no hay medicamentos guardados en el gabinete de farmacia, no se mostrará ningún medicamento en la sección Farmacia y medicamentos. Infórmele al afiliado que no se muestran medicamentos y si tiene algún medicamento que le gustaría agregar.

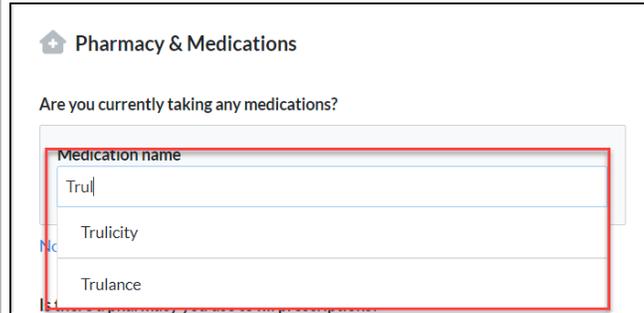
Siga los pasos a continuación para agregar medicamentos manualmente.

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Para agregar un medicamento, comience a ingresar el nombre del medicamento en el campo Nombre del medicamento. Cuantas más letras escribas, más se filtrará la búsqueda de medicamentos.

Después de seleccionar el medicamento, seleccione la dosis, la cantidad y la frecuencia de reposición.

Haga clic en **SAVE MEDICATION (GUARDAR MEDICAMENTO)**



Pharmacy & Medications

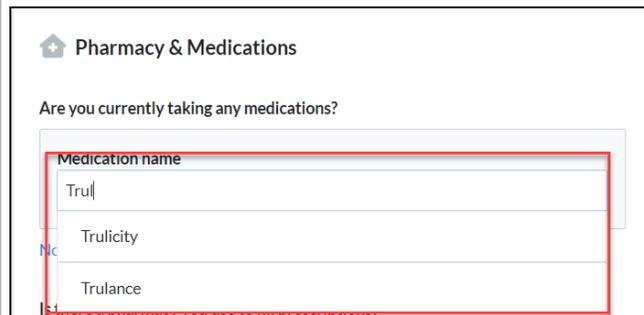
Are you currently taking any medications?

Medication name

Trul|

Trulicity

Trulance



Pharmacy & Medications

Are you currently taking any medications?

Medication name

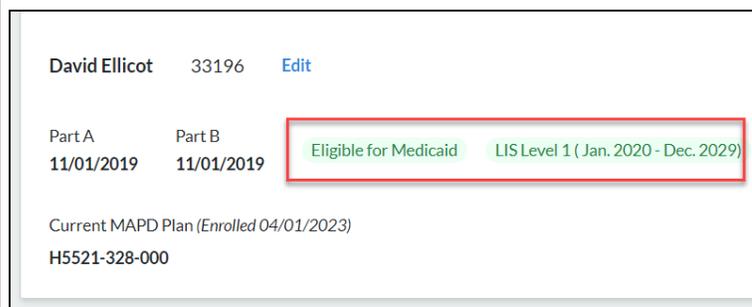
Trul|

Trulicity

Trulance

La búsqueda integrada de clientes recuperará información de beneficiarios verificada por CMS, como:

- Fechas de vigencia de la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si cuentan con subsidio de bajos ingresos
- Si el cliente tiene Medicaid
- En qué plan se encuentra



David Ellicot 33196 [Edit](#)

Part A	Part B	Eligible for Medicaid	LIS Level 1 (Jan. 2020 - Dec. 2029)
11/01/2019	11/01/2019		

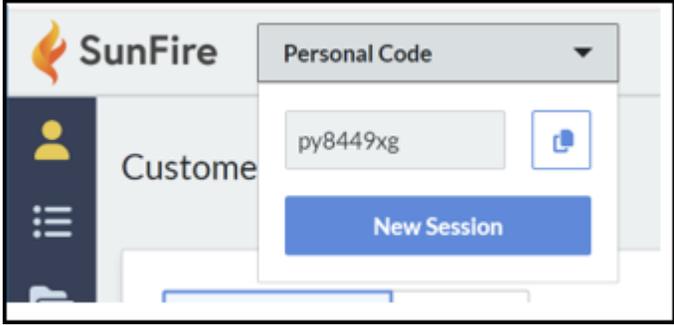
Current MAPD Plan (Enrolled 04/01/2023)
H5521-328-000

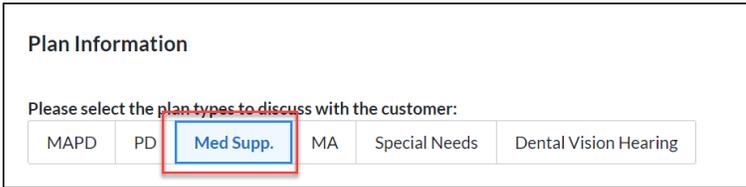


Information retrieved will prepopulate application. Agents should review information with applicant to verify accuracy.

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

actualmente el beneficiario	
-----------------------------	--

<p>Después de ingresar cualquier información en esta página además del código postal, se creará un código personal y se mostrará en la parte superior de la página</p> <p>El Código Personal permitirá a cualquier agente ver la información ya agregada para el beneficiario, incluidos los medicamentos recetados y los médicos</p> <p>Toda la información debe volver a verificarse si se utilizó el código personal y se volvió a recoger una aplicación.</p>	 <p> <i>Utilice el menú desplegable Código personal para copiar y pegar el código en la sección de comentarios de Canvas para que el cliente pueda localizarse fácilmente en el futuro</i></p>
---	---

Haga clic en MED SUPP	 <p>Plan Information</p> <p>Please select the plan types to discuss with the customer:</p> <p>MAPD PD Med Supp. MA Special Needs Dental Vision Hearing</p>
------------------------------	---

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Se mostrará la sección Suscripción del plan. Complete los siguientes campos:

- Fecha de vigencia
- Género
- Fecha de nacimiento
- Fecha de la Parte A
- Fecha de la Parte B
- Casilla de verificación Emisión garantizada
- ¿Tabaco?

 Plan Underwriting

Effective date
11-01-2024

Gender
 Male Female

Date of birth
mm / dd / yyyy

Part A date
mm / 01 / yyyy

Part B date
mm / 01 / yyyy

Guaranteed Issue [?](#)

Do you use any tobacco products?
 Yes No

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Agregue la información de medicamentos de su cliente

Verá los medicamentos que se introdujeron en Plataforma de Inscripción Humana, si los hubiera, en la sección Farmacia y medicamentos.

Para agregar un medicamento, comience a escribir el nombre del medicamento. Cuantas más letras escribas, más se filtrarán los medicamentos en la búsqueda.

Después de seleccionar el medicamento, seleccione la dosis, la cantidad y la frecuencia de reposición.

Click **SAVE MEDICATION (GUARDAR MEDICAMENTO)**

Pharmacy & Medications

Medications found, please review and verify their accuracy.

Medication name

Based on the medications provided, the beneficiary maybe eligible for a CSNP policy.

Alprazolam TAB 1MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Venlafaxine HCL TAB 75MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Atorvastatin Calcium TAB 10MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Losartan Potassium TAB 25MG Refill every month (30)	Edit	Delete
Omeprazole DR CAP 20MG		

Pharmacy & Medications

Are you currently taking any medications?

Medication name

Tru|

Trulicity

Trulance

Medication name

Trulicity

Dosage

Trulicity INJ 0.75MG/0.5ML

Package

0.5 ML Pen (sold in a package of 4 Pens)

Refill frequency

Every month

Quantity

1

Save medication Cancel

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Después de ingresar todos los medicamentos, seleccione una farmacia si el cliente tiene una farmacia preferida.

Si no se utilizó la función de búsqueda de clientes, seleccione si el cliente tiene un subsidio por bajos ingresos. (Esta opción se completará automáticamente si se utilizó la búsqueda de clientes).

Si se selecciona **SÍ**, el costo del plan se mostrará dependiendo de la cantidad de ayuda que reciba el solicitante.

Para revisar los costos totales sin Ayuda Adicional/Subsidio para Personas por Bajos Ingresos, deberá regresar a esta sección y seleccionar **NO**.

Is there a pharmacy you use to fill prescriptions?		
<input checked="" type="button" value="Yes"/>	<input type="button" value="No"/>	<input type="button" value="Mail order"/>
Search for Pharmacy		
<input type="text"/>		<input type="button" value="Clear"/>
Do you receive Extra Help / Low Income Subsidy (optional)?		
<input checked="" type="button" value="Yes"/>	<input type="button" value="No"/>	<input type="button" value="I don't know"/>
Drug copay / coinsurance		
<input type="button" value="\$0.00"/>	<input type="button" value="\$1.55 - \$4.60 for covered drugs"/>	<input type="button" value="\$4.50 - \$11.20 for covered drugs"/>
<small>Dual Eligibility plans will show the full premium unless an 'Extra Help / Low Income Subsidy' option is selected above.</small>		

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Complete las preguntas sobre salud de MS.

Si el cliente no es elegible según sus respuestas a estas preguntas, el agente verá una alerta que indica que el cliente no es elegible para un Med Supp, excepto si se encuentra en una situación de OEP o GI.



Las preguntas de MS Health no se mostrarán si el solicitante tiene emisión garantizada o se encuentra en el período de inscripción abierta del Suplemento de Medicare.

MS Health Questions

Do you live in a assisted living facility?
 Yes No

Any pending surgeries or treatments?
 Yes No

Any cancer treatments?

<input type="checkbox"/> In past 3 years	<input type="checkbox"/> In past 2 years	<input type="checkbox"/> none
--	--	-------------------------------

Have you had any ER Hospital stays?

<input type="checkbox"/> In past 3 years	<input type="checkbox"/> In past 2 years	<input type="checkbox"/> In past 12 months	<input type="checkbox"/> none
--	--	--	-------------------------------

Are you a diabetic?
 Yes No

Do you have any history of heart issues?

<input type="checkbox"/> In past 5 years	<input type="checkbox"/> In past 2 years	<input type="checkbox"/> none
--	--	-------------------------------

Any COPD or do you require a nebulizer or oxygen?
 Yes No

MS Health Questions

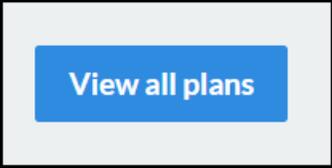
Do you live in a assisted living facility?
 Yes No

⚠ Medicare Supplement is not recommended outside Open Enrollment/GI. No major Medicare Supplement carriers are available, and another product type is recommended

⚠ One or more plans will not be available based on the applicant information

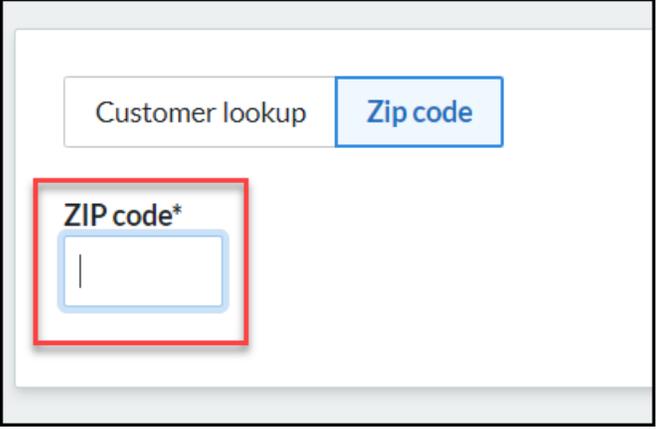
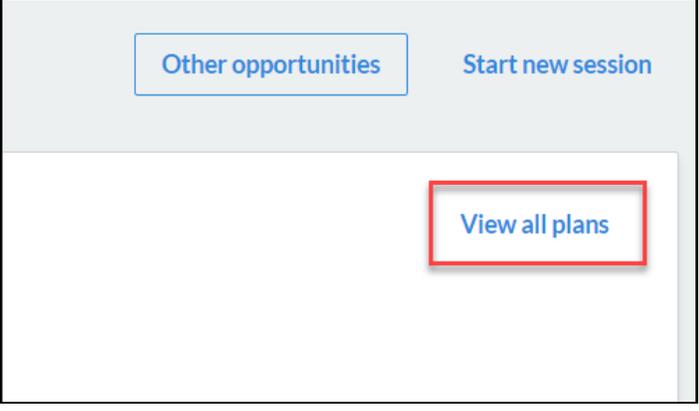
Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Haga clic en VIEW ALL PLANS (VER TODOS LOS PLANES)</p>	 <p>A screenshot of a button labeled "View all plans" in white text on a blue rectangular background. The button is centered within a light gray rectangular frame.</p>
--	---

Proceso completo

Uso del Código Postal

<p>Ingrese el código postal del solicitante.</p>	 <p>A screenshot of a web form. At the top, there are two buttons: "Customer lookup" and "Zip code". Below them is a text input field labeled "ZIP code*" with a red border. The input field contains a vertical cursor.</p>
<p>Haga clic en VIEW ALL PLANS (VER TODOS LOS PLANES).</p>	 <p>A screenshot of a web page. At the top, there are two buttons: "Other opportunities" and "Start new session". Below them is a button labeled "View all plans" in white text on a blue rectangular background, which is highlighted with a red border.</p>

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

En la sección de navegación izquierda en Tipo de plan, seleccione Suplemento de Medicare

Plan type

- Medicare Advantage/Part D
- Part D
- Medicare Supplement
- Medicare Advantage
- Special Needs
- Dental Vision Hearing

Proceso completo

Planes Disponibles

Filtering

Puedes filtrar por tipo de plan y/o Premium

Filter by

Plan type

- Plan A
- Plan F
- Plan F (High Ded.)
- Plan G
- Plan G (High Ded.)
- Plan N

Premium

- Under \$180
- \$180 - \$360
- \$360 - \$540
- Over \$540

Asegúrese de marcar las casillas si se determina que el miembro califica para el descuento para el hogar y/o la emisión garantizada.

PLAN UNDERWRITING

[Edit profile](#)

65 year old female, non-tobacco, no discount

- Household Discount
- Guaranteed Issue [?](#)

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Haga clic en **COMPARE PLANS (COMPARAR TIPOS DE PLAN)** para ver el cuadro comparativo de planes

COMPARE PLAN TYPES										
Benefits	A	B	C	D	F	G	K	L	M	N
Medicare Part A coinsurance and hospital costs (up to an additional 365 days after Medicare benefits are used)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicare Part B coinsurance or copayment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Blood (first 3 pints)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Part A hospice care coinsurance or copayment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Skilled nursing facility care coinsurance	×	×	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Part A deductible	×	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓
Part B deductible	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Part B excess charges	×	×	×	×	✓	✓	×	×	×	×
Foreign travel emergency (up to plan limits)	×	×	80%	80%	80%	80%	×	×	80%	80%

Ver detalles del plan

Las tarjetas del plan muestran información importante. (Prima mensual, deducible de la Parte A y Parte B, deducible del Plan).

Humana | Plan G High Deductible **\$125.60**
 Humana Medicare Supplement Monthly Premium

Hospital (Part A) Deductible \$0 100% covered Issue Age

Hospital (Part B) Deductible \$240

Plan Deductible \$2,800 **Enroll**

Haga clic en **ENROLL (INSCRIBIRSE)** para iniciar la aplicación.

Humana | Plan G High Deductible **\$125.60**
 Humana Medicare Supplement Monthly Premium

Hospital (Part A) Deductible \$0 100% covered Issue Age

Hospital (Part B) Deductible \$240

Plan Deductible \$2,800 **Enroll**

Si no tiene licencia/certificación para vender el plan seleccionado, aparecerá el cuadro emergente NOT RTS (Not Ready to Sell).

NOT RTS

You are not currently ready to sell this plan

Ok

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Haga clic en **OK**

Deberá comunicarse con su líder lo antes posible.

Si no completó esta página de Búsqueda de clientes de la sección Suscripción del plan, se mostrará la ventana emergente Agregar detalles del cliente. La siguiente información debe estar completa:

Fecha de vigencia
Fecha de nacimiento
Fecha de entrada en vigor de la Parte A
Fecha de entrada en vigor de la Parte B
Género
¿Consumo de tabaco?
Descuento para el hogar

ADD CUSTOMER DETAILS ✕

In order to Enroll in this plan, please provide all the census information for the customer.

Effective date
11-01-2024 ▾

Date of birth
mm / dd / yyyy
/ /

Medicare Supplement

Part A effective date
Month Year
Month ▾ Year ▾

Part B effective date
Month Year
Month ▾ Year ▾

Gender
Male Female

Tobacco use?
Yes No

Household Discount
Yes No

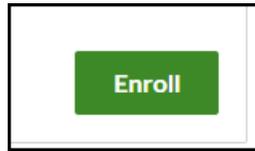
Save customer details Cancel

Luego haga clic en **SAVE CUSTOMER DETAILS (GUARDAR DETALLES DEL CLIENTE)**

Save customer details Cancel

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Haga clic en **ENROLL** (**INSCRIBIRSE**) para ver el plan Med Supp en el que el miembro desea inscribirse.



Proceso completo

Elegibilidad

Primero, verá si el solicitante presenta la solicitud durante su período de inscripción abierta de Medicare o si tiene emisión garantizada.

Open Enrollment

Are you applying for coverage during your Medicare Open Enrollment Period?
No

Guaranteed Issue

Do you qualify for a Guaranteed Issue Situation?*

No

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

La sección Elegibilidad contiene preguntas adicionales que ayudarán a determinar si el solicitante califica para la Emisión Garantizada.

Lea cada pregunta y seleccione **SÍ** o **NO**

Eligibility

i If you have lost, or you are losing or replacing, health insurance coverage and received a notice from your prior insurer saying you were eligible for guaranteed issue of a Medicare Supplement insurance policy, or that you had certain rights to buy such a policy, you may be guaranteed acceptance in one or more of our Medicare Supplement plans. A copy of the notice from your prior insurer may be requested.

Did you turn age 65 in the last six months?*

Yes

No

Did you enroll in Medicare Part B in the last six months?*

Yes

No

Are you under the age of 65 and eligible for Medicare due to End Stage Renal Disease?*

Yes

No

Are you covered for medical assistance through the state Medi-Cal program? (Note to Applicant: if you have "share of cost" under Medi-Cal, please answer NO to this question.)*

Yes

No

Haga clic en **NEXT** (SIGUIENTE)

Next

Proceso completo

Historial de Salud

Si el solicitante no califica para la aceptación garantizada o no se encuentra en su período de inscripción abierta al Suplemento de Medicare, deberá responder cada una de las preguntas sobre suscripción en esta sección.

También deberás ingresar su altura y peso.

Current Condition

i It is important that you provide truthful and accurate answers to the questions in this section as your answers form the basis of our determination of your eligibility for this coverage. Failure to provide complete and accurate information, if it is determined to be material to our assessment, may result in future denial of benefits and/or rescission of this coverage.

In the last year, have you been hospitalized, confined to a nursing facility, or are you bedridden or confined to a wheelchair?*

Yes No

In the past 90 days have you received Home Health care? Examples of Home Health may be treatment for recovery from surgery or illness, chronically or terminally ill persons or people with disabilities in need of medical, nursing, social or therapeutic treatment, and/or assistance with the essential activities of daily living.*

Yes No

What's your height and weight?

Feet*

Inches*

Weight (lbs)*

Si el solicitante responde Sí a demasiadas preguntas sobre salud o si su altura/peso no se encuentra dentro del rango permitido, no será elegible para inscribirse en un plan complementario de Humana Medicare.

i Customer is not eligible for this carrier. Select another carrier or product type.

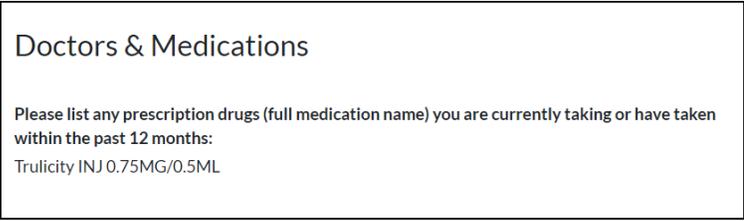
Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Haga clic en NEXT (SIGUIENTE)	
--------------------------------------	--

Proceso completo

Doctores y Medicamentos

Aquí verá la información que ingresó sobre los medicamentos del solicitante.	
Si necesita realizar algún cambio, haga clic en el icono  para regresar a la página Perfil del cliente	
Haga clic en NEXT (SIGUIENTE)	

Proceso completo

Información del Solicitante

<p>Ingrese el nombre, apellido y número de teléfono del solicitante.</p>	<div data-bbox="678 352 1203 827"><h3>Applicant Information</h3><p>First name*</p><input type="text" value="Ayn"/> <p>Last name*</p><input type="text" value="Rand"/> <p>Initial</p><input type="text"/> <p>Phone number*</p><input type="text"/></div>
<p>Ingrese la dirección residencial del solicitante</p>	<div data-bbox="678 930 1252 1360"><h3>Residential Address</h3><p>Street Address (P.O. Box not allowed)*</p><input type="text" value="Please enter your physical address.."/> <p>Apt, suite, etc.</p><input type="text"/> <p>City*</p><input type="text"/> <p>State*</p><input type="text" value="FL"/> <p>ZIP code*</p><input type="text" value="33196"/> <p>County*</p><input type="text" value="MIAMI-DADE"/></div>

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Si el solicitante tiene una dirección postal diferente, seleccione **SÍ** e ingrese la dirección

Is your mailing address different from your permanent residential address?
 Yes No

Mailing address

Mailing address*
Please enter your physical address..

Apt./Unit/Suite

City* State* ZIP code*

County

Ingrese el correo electrónico del solicitante (opcional)

Si el solicitante proporciona el correo electrónico, si está bien enviarlo



No se permitirá la firma electrónica si esta respuesta es No

Email address

Is it Ok to Email? (Note: eSignature is not allowed if this response is No).*

Yes No

Ingrese el número de Medicare del solicitante y la fecha de vigencia de la Parte A y la Parte B.



Si utilizó la búsqueda de clientes, la sección de Medicare ya estará completada para usted. Verifique que la información sea correcta.

Use the information on your Medicare Card for the following section:

Medicare number*
6G84-M10-WQ02

Part A effective date
10-01-2012

Part B effective date
10-01-2012

MEDICARE HEALTH INSURANCE

Name/Nombre
JOHN L SMITH

Medicare Number/Numero de Medicare
1EG4-TE5-MK72

Entitled to/Con derecho a
HOSPITAL (PART A) 03-01-2016
MEDICAL (PART B) 03-01-2016

Coverage starts/Cobertura empieza

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Pregunte al solicitante si hay alguien a quien le gustaría que notifiquemos en caso de emergencia (opcional)</p>	<p>Person to notify in an emergency:</p> <p>First Name <input type="text"/></p> <p>Last Name <input type="text"/></p> <p>Middle Initial <input type="text"/></p> <p>Relationship to Applicant <input type="text"/></p> <p>Phone <input type="text"/></p>
<p>Haga clic en NEXT (SIGUIENTE)</p>	<p><input type="button" value="Back"/> <input type="button" value="Next"/></p>

Proceso completo

Prima Del Plan

<p>Revisar la fecha de entrada en vigor propuesta con el solicitante.</p>	<div data-bbox="678 401 1118 661"><h3>Plan and Premium</h3><p>Proposed effective date 07-01-2024</p></div>
<p>Primero, seleccione qué opción de pago les gustaría usar para su pago inicial:</p> <ul style="list-style-type: none">• Retiro automático	<div data-bbox="678 722 1419 989"><h3>Payment Options</h3><p>Please select which payment option you would like to use as your initial payment:</p><p>Payment method*</p><p>Automatic withdrawal</p></div>
<p><u>Retiro Automático</u> Para el retiro automático deberá ingresar”</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de la institución financiera• Tipo de cuenta• Número de ruta• Número de cuenta	<div data-bbox="678 1052 1419 1436"><p>Payment method*</p><p>Automatic withdrawal Automatic Credit Card or Debit Card deduction</p><p>Financial institution name*</p><p>_____</p><p>Account type*</p><p>Checking Savings</p><p>Routing Number* Account Number*</p><p>_____ _____</p></div>

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Luego, seleccione qué opción de pago les gustaría usar para sus pagos recurrentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Retiro automático• Libro de cupones	<p>Please select which option you would like to use as your reoccurring payment:</p> <p>Payment method*</p> <p><input type="radio"/> Automatic withdrawal <input type="radio"/> Coupon book</p>
<p>Lea la divulgación y marque la casilla.</p>	<p><input type="checkbox"/> I hereby authorize Humana to initiate debit/credit entries to my checking/savings account or my credit card account, as indicated above, in amounts appropriate to my coverage; and authorize the bank named above to debit/credit the same to such account. I authorize Humana to change the amount of the debit/credit, provided that I am given advance written notice. This authorization is to remain effective until I give Humana and the bank reasonable notice of termination.</p>
<p>Haga clic en NEXT (SIGUIENTE)</p>	<p><input type="button" value="Back"/> <input type="button" value="Next"/></p>

Proceso completo

Aceptar e Inscribirse

Lea cada declaración en la sección Autorización de divulgación de registros de Medicare. Marque cada casilla para confirmar y continuar.



Las declaraciones de Autorización de divulgación de registros médicos no aparecerán si el solicitante califica para Emisión Garantizada o si se encuentra en el período de Inscripción Abierta de Medicare

Lea cada declaración en la sección de Agradecimientos del Solicitante.

Marque cada casilla para confirmar y continuar.

Agree & Enroll

Medical Records Release Authorization

- Purpose of the Authorization - By signing this form, you will authorize the disclosure and use of the protected health information described below for pre-enrollment underwriting or to determine your eligibility for enrollment or benefits under an insurance plan. Failure to sign this authorization, or subsequent revocation of this authorization, may impair the ability of CompBenefits Insurance Company to process your application or evaluate claims, and may be a basis for denying an application or claim for benefits; however, your ability to receive healthcare services will not be changed if you do not sign this authorization.
- Information we will use and/or disclose - I authorize CompBenefits Insurance Company ("CompBenefits") to request my medical records, any prescription medication history and any other medical or pharmaceutical information to process my application and to make a decision on the approval or disapproval of my application. I authorize any physician, other healthcare professionals, hospitals, clinics, labs, pharmacies, pharmacy benefit managers or any other healthcare organization ("Providers") that provided treatment or any other service to me to disclose the information (including but not limited to information concerning the diagnosis, treatment and care of physical or mental conditions; drug, substance or alcohol abuse; diagnosis, treatment, and testing results related to HIV, AIDS, and sexually transmitted diseases; copies of all hospital or medical records; and non-public personal health information) required by CompBenefits and described above to CompBenefits and/or its designated agents. I understand the information I authorize to be obtained may be re-disclosed to a third party only as permitted under applicable law and once re-disclosed the information may no longer be protected by federal privacy laws.

Applicant Acknowledgements

- I understand that if my application is not submitted during an open enrollment or guaranteed issue period, Humana has the right to reject my application and any premiums paid will be refunded. I also understand that the policy will not pay benefits for stays beginning or medical expenses incurred during the first three months of coverage if they are due to conditions for which medical advice was given or treatment recommended by or received from a physician within six months prior to the insurance effective date. Coverage is not limited if you satisfy the creditable coverage requirements.
- Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
- The undersigned applicant certifies that the applicant has read, or had read to him or her, the completed application and that the applicant realizes that any false statement or misrepresentation in the application may result in loss of coverage under the policy. The applicant further acknowledges receipt of the currently available Outline of Coverage, Guaranteed Issue Guide, and the "Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare" publication.

Continue on next page

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Lea cada declaración en la sección Declaraciones importantes.</p> <p>Marque cada casilla para confirmar y continuar.</p>	<p>Important Statements</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> You do not need more than one Medicare Supplement policy.<input type="checkbox"/> If you purchase this policy, you may want to evaluate your existing health coverage and decide if you need multiple coverages.<input type="checkbox"/> You may be eligible for benefits under Medicaid and may not need a Medicare Supplement policy.<input type="checkbox"/> If, after purchasing this policy, you become eligible for Medicaid, the benefits and premiums under your Medicare Supplement policy can be suspended, if requested, during your entitlement to benefits under Medicaid for 24 months. You must request this suspension within 90 days of becoming eligible for Medicaid. If you are no longer entitled to Medicaid, your suspended Medicare Supplement policy (or, if that is no longer available, a substantially equivalent policy) will be reinstated if requested within 90 days of losing Medicaid eligibility. If the Medicare Supplement policy provided coverage for outpatient prescription drugs and you enrolled in Medicare Part D while your policy was suspended, the reinstated policy will not have outpatient prescription drug coverage, but will otherwise be substantially equivalent to your coverage before the date of the suspension.<input type="checkbox"/> If you are eligible for, and have enrolled in a Medicare Supplement policy by reason of disability and you later become covered by an employer or union-based group health plan, the benefits and premiums under your Medicare Supplement policy can be suspended, if requested, while you are covered under the employer or union-based group health plan. If you suspend your Medicare Supplement policy under these circumstances, and later lose your employer or union-based group health plan, your suspended Medicare Supplement policy (or, if that is no longer available, a substantially equivalent policy) will be reinstated if requested within 90 days of losing your employer or union-based group health plan. If the Medicare Supplement policy provided coverage for outpatient prescription drugs and you enrolled in Medicare Part D while your policy was suspended, the reinstated policy will not have outpatient prescription drug coverage, but will otherwise be substantially equivalent to your coverage before the date of the suspension.<input type="checkbox"/> Counseling services may be available in your state to provide advice concerning your purchase of Medicare Supplement insurance and concerning medical assistance through the state Medicaid program, including benefits as a Qualified Medicare Beneficiary (QMB) and a Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB).
<p>Lea cada declaración en la sección Guía de Aceptación Garantizada</p> <p>Marque cada casilla para confirmar y continuar.</p>	<p>Guaranteed Acceptance Guide</p> <p>Open Enrollment - You are eligible for Guaranteed Issue if you apply for a Humana Achieve Medicare Supplement Plan policy prior to or during the six-month period beginning with the first day of the first month in which you are enrolled for benefits under Part B of Medicare. Medicare Supplement insurance is available to those age 65 and older enrolled in Medicare Parts A and B and to those under age 65 eligible for Medicare due to disability or end stage renal disease.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definitions Of Eligible Person For Guaranteed Issue And Creditable Coverage - You are eligible for Guaranteed Issue if you submit evidence of the date of termination or disenrollment with the Enrollment Application, and you meet one of the following conditions:<input type="checkbox"/> Your guaranteed issue period begins on the later of the following: the date you receive a notice of termination or cessation of all supplemental health benefits (or, if a notice is not received, notice that a claim has been denied because of a termination or cessation); or the date that the applicable coverage terminates or ceases; and ends 63 days thereafter.<input type="checkbox"/> You are enrolled with a Medicare Advantage organization under a Medicare Advantage Plan (the "Plan") under Part C of Medicare and any of the following apply: or you are 65 years of age or older and are enrolled with a Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), and there are circumstances similar to those described as follows that would permit discontinuance of your enrollment with the provider if you were enrolled in a Medicare Advantage Plan: (i) The organization's or Plan's certification under this part has been terminated or (ii) The organization has terminated or otherwise discontinued providing the Plan in the area in which you reside, or (iii) You are no longer eligible to elect the Plan because of a change in your place of residence or other change in circumstances specified by the Secretary of the Department of Health and Human Services (the "Secretary"), excluding those circumstances where you were disenrolled from the Plan for any of the reasons described in Section 1851(e)(3)(B) of the federal Social Security Act (e.g., where you have not paid premiums on a timely basis).
<p>Luego ingrese el nombre y apellido del inscrito</p>	<p>Signature of Applicant</p> <p>Input first and last name</p> <input type="text"/>

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Haga clic en el menú desplegable y seleccione el plan en el que está inscribiendo al miembro.</p>	<p>Agent Certification</p> <p>I, the undersigned insurance agent certify: THAT, I have taken an application for Policy Form No:*</p> <p><input type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none">FLMESNM10A (Plan A)FLMESNM10F (Plan F)FLMESNM10F(HD) (High Deductible Plan F)FLMESNM10G (Plan G)FLMESNM10G(HD) (High Deductible Plan G)FLMESNM10N (Plan N)
<p>Lea cada declaración</p> <p>Marque cada casilla para confirmar y continuar.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> offered by CompBenefits Insurance Company to the Applicant<input type="checkbox"/> THAT, I have explained the provisions of the policy being applied for, including specifically, all the different benefits, exceptions and limitations of the plan.<input type="checkbox"/> THAT, I have clearly explained any benefits of this plan are a supplement to any benefits that the applicant may be entitled to receive from the Medicare Program of the Federal Government.<input type="checkbox"/> THAT, I have not made any representation to the applicant that there is any endorsement whatsoever by the Social Security Administration or the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) of the Federal Government in connection with this insurance policy being applied for.
<p>El agente debe marcar la casilla para reconocer y continuar</p>	<p><input type="checkbox"/> I acknowledge that I have complied with all of the above. (Agent)</p>
<p>Ingrese su número de licencia estatal</p>	<p>Please input your agent Florida License Number:*</p> <p><input type="text"/></p>

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Enumere todas las pólizas de seguro médico vendidas al solicitante que aún estén vigentes y todas las pólizas de seguro médico vendidas al solicitante en los últimos cinco años que ya no estén vigentes.</p> <p>Si ninguno o no aplica, escriba NINGUNO</p>	<p>Sales Agent - Please list: All health insurance policies sold to the applicant which are still in force and all health insurance policies sold to the applicant within the past five years which are no longer in force (if none or not applicable, write NONE).</p> <p>Company* <input type="text"/></p> <p>Type* <input type="text"/></p>					
<p>Seleccione el método de firma preferido del solicitante</p>	<p>Signature preference:</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Text message</td><td><input type="checkbox"/> Email</td><td><input type="checkbox"/> e-Signature</td><td><input type="checkbox"/> Signature pad</td><td><input type="checkbox"/> Telephonic Signature</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Text message	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> e-Signature	<input type="checkbox"/> Signature pad	<input type="checkbox"/> Telephonic Signature
<input type="checkbox"/> Text message	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> e-Signature	<input type="checkbox"/> Signature pad	<input type="checkbox"/> Telephonic Signature		

Continue on next page

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Mensaje de texto

Se enviará un enlace por mensaje de texto al solicitante. El enlace permitirá al solicitante abrir el formulario de inscripción y revisarlo.

Ingrese el número de teléfono del solicitante y haga clic en **SEND TEXT (ENVIAR TEXTO)**.

Asegúrese de proporcionar el código personal al solicitante.

El solicitante debe hacer clic en el enlace, confirmar la información y aceptar.

Una vez enviado, se le notificará que la inscripción se ha completado.

Una vez que el solicitante haya revisado y aceptado la inscripción, haga clic en **END ENROLLMENT (FINALIZAR INSCRIPCIÓN)**

Signature preference:

Text message Email e-Signature Signature pad Telephonic Signature

I will send you a link as a text message that will let you pull up this form and review it yourself before you accept. All you need to do is click that link, confirm the information, and accept. I will be on the phone with you the whole time to answer any questions that you might have. Would you like me to text the confirmation link to you now, so that you can finish enrolling in your plan?

Note:
Recommend that the customer put you on speaker phone while they use their phone to review and sign the documents.

Phone number*

Personal code: 294241

This personal code will expire after 24 hours.



Waiting on customer to complete enrollment...



Customer has completed enrollment!

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Se mostrará la página de confirmación. Desde aquí puedes:

- Enviar una confirmación por correo electrónico
- Guardar la inscripción como PDF
- Ver planes PDP
- Ver planes DVH

Asegúrese de compartir el código de inscripción con el solicitante.

The screenshot shows a success message for the registration of a Medicare Supplement for Rand, Ayn. At the top right, there is a green checkmark icon followed by the word "Success". Below this, the name "Rand, Ayn" is displayed. To the right of the name, the plan is identified as "Humana Medicare Supplement High Deductible Plan G". Below the name, the date "06/11/2024 02:21pm ET" and the enrollment code "XTKQP9Q13D" are shown. To the right of the enrollment code, the premium amount "\$125.60" is listed. A link for "Email confirmation" is provided below the enrollment details. A section titled "Recommended Plans" follows, with the instruction "Use current contact information to quote:". Two plan options are shown: "PDP" starting at \$46.00 a month and "DVH" starting at \$12.70 a month. Each plan has a "View plans" button, and the DVH plan also has an "Add dependents" button.

Haga clic en **CLOSE (CERRAR)** para regresar a la pantalla Perfil del cliente

This screenshot is identical to the one above, showing the success page for Rand, Ayn. A red rectangular box highlights the "Close" button located in the top left corner of the page's content area. The rest of the page content, including the success message, name, plan details, enrollment information, and recommended plans, remains the same.

Continuar en la página siguiente

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Correo electrónico

Se enviará un enlace por correo electrónico al solicitante. El enlace permitirá al solicitante abrir el formulario de inscripción y revisarlo.

Ingrese la dirección de correo electrónico del solicitante y haga clic en **ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO**. Asegúrese de proporcionar el código personal al solicitante.

El solicitante debe hacer clic en el enlace, confirmar la información y aceptar.

Una vez enviado, se le notificará que la inscripción se ha completado.

Si el inscrito no desea acceder al enlace durante su cita, tendrá 24 días para firmar la inscripción.

Haga clic en **END ENROLLMENT (FINALIZAR INSCRIPCIÓN)**

Signature preference:

Text message Email e-Signature Signature pad Telephonic Signature

I will send you a link via email that will let you pull up this form and review it yourself before you accept. All you need to do is click that link, confirm the information, and accept. I will be on the phone with you the whole time to answer any questions that you might have. Would you like me to email the confirmation link to you now, so that you can finish enrolling in your plan?

Note:
Warn customer that the enrollment form may appear in their Junk or Spam folders.

Email*

Personal code: 294241

This personal code will expire after 24 hours.

 **Waiting on customer to complete enrollment...**

 **Customer has completed enrollment!**

ENROLLMENT PENDING

You have sent the enrollment to the applicant for signature, but the enrollment has not been signed.

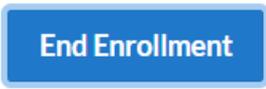
You can continue to wait or end the enrollment. The applicant will still have 24 hours to sign the enrollment on their own.

Enrollment code: V6V0KNZS01

Are you sure you want to end this enrollment?

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Una vez que el solicitante haya revisado y aceptado la inscripción, haga clic en **END ENROLLMENT (FINALIZAR INSCRIPCIÓN)**



End Enrollment

Se mostrará la página de confirmación. Desde aquí puedes:

- Enviar una confirmación por correo electrónico
- Guardar la inscripción como PDF
- Ver planes PDP*
- Ver planes DVH*

Asegúrese de compartir el código de inscripción con el solicitante.

*Consulte la sección [Recordatorio: Oferta de venta cruzada PDP e IDVH](#) de este documento.

Rand, Ayn

✓ Success

Date: 06/11/2024 02:21pm ET

Plan: Humana Medicare Supplement High Deductible Plan G

Enrollment Code: XTKQP9Q13D

Premium: \$125.60

[Email confirmation](#)

Recommended Plans

Use current contact information to quote:

PDP

Starting at \$46.00 a month

[View plans](#)

DVH

Starting at \$12.70 a month

[View plans](#)

[Add dependents](#)

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Haga clic en **CLOSE (CERRAR)** para regresar a la pantalla Perfil del cliente

A screenshot of a web interface. At the top left, a blue button labeled 'Close' is highlighted with a red rectangular box. Below it, the name 'Rand, Ayn' is displayed in large black font, followed by a green checkmark icon. Underneath, there are two columns of text: 'Date: 06/11/2024 02:21pm ET' and 'Enrollment Code: XTKQP9Q13D' on the left, and 'Plan: Humana Medicare Supplement High Deductible Plan G' and 'Premium: \$125.60' on the right. At the bottom, there is a blue link with an envelope icon labeled 'Email confirmation'.

Firma Electrónica

Para reuniones presenciales y permite al solicitante escribir su nombre para firmar la solicitud.

A screenshot of a web interface for selecting a signature preference. At the top, it says 'Signature preference:'. Below this are five radio button options: 'Text message', 'Email', 'e-Signature' (which is selected and highlighted with a blue box), 'Signature pad', and 'Telephonic Signature'. Below the options, it says 'Applicant or Authorized Representative Signature and Signature Date:'. There are two input fields: 'Signature*' and 'Date'. The 'Date' field contains the text '01-10-2025'.

Haga clic en **SUBMIT (ENVIAR)**

A screenshot of a web interface showing two blue buttons side-by-side. The left button is labeled 'Back' and the right button is labeled 'Submit'. Both buttons are highlighted with a black rectangular box.

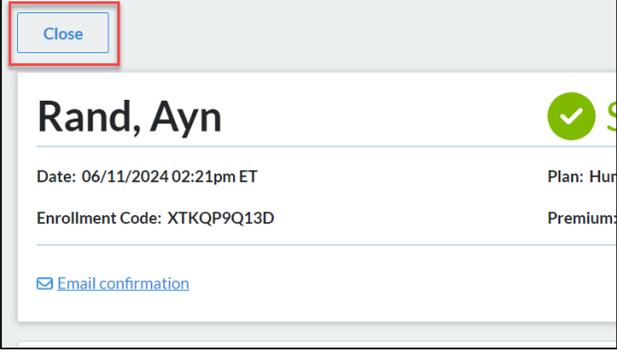
Se mostrará la página de confirmación. Desde aquí puedes:

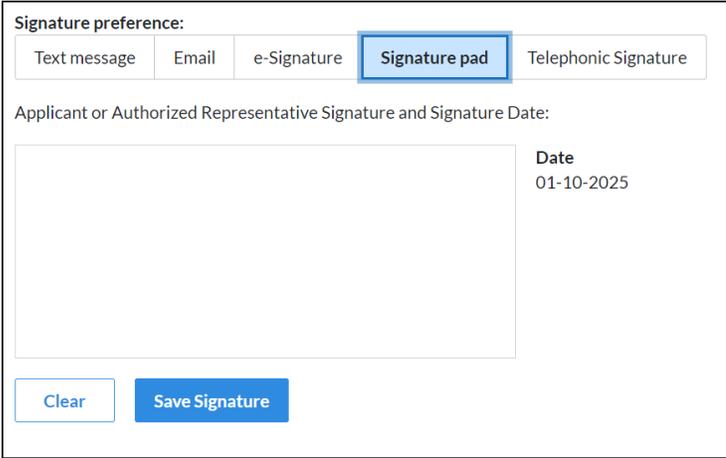
- Enviar una confirmación por correo electrónico
- Guardar la inscripción como PDF
- Ver planes PDP*
- Ver planes DVH*

Asegúrese de compartir el código de inscripción con el solicitante.

A screenshot of a web interface showing a success confirmation page. At the top, the name 'Rand, Ayn' is displayed in large black font, followed by a green checkmark icon and the word 'Success' in green. Below this, there are two columns of text: 'Date: 06/11/2024 02:21pm ET' and 'Enrollment Code: XTKQP9Q13D' on the left, and 'Plan: Humana Medicare Supplement High Deductible Plan G' and 'Premium: \$125.60' on the right. At the bottom, there is a blue link with an envelope icon labeled 'Email confirmation'. Below this, there is a section titled 'Recommended Plans' with the text 'Use current contact information to quote:'. There are two plan cards: 'PDP' starting at \$46.00 a month with a 'View plans' button, and 'DVH' starting at \$12.70 a month with 'View plans' and 'Add dependents' buttons.

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>*Consulte la sección Recordatorio: Oferta de venta cruzada PDP e IDVH de este documento.</p>	
<p>Haga clic en CLOSE (CERRAR) para regresar a la pantalla Perfil del cliente</p>	

<p><u>Bloc de Firmas</u> Para reuniones cara a cara y permite al solicitante firmar su nombre utilizando un panel de firma o su dispositivo con pantalla táctil.</p> <p>Una vez que el solicitante haya firmado, haga clic en SAVE (GUARDAR FIRMA)</p>	
<p>Haga clic en SUBMIT (ENVIAR)</p>	

Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

Se mostrará la página de confirmación. Desde aquí puedes:

- Enviar una confirmación por correo electrónico
- Guardar la inscripción como PDF
- Ver planes PDP*
- Ver planes DVH*

Asegúrese de compartir el código de inscripción con el solicitante.

*Consulte la sección [Recordatorio: Oferta de venta cruzada PDP e IDVH](#) de este documento.

Rand, Ayn ✔ Success

Date: 06/11/2024 02:21pm ET Plan: Humana Medicare Supplement High Deductible Plan G

Enrollment Code: XTKQP9Q13D Premium: \$125.60

[Email confirmation](#)

Recommended Plans
Use current contact information to quote:

PDP Starting at \$46.00 a month View plans	DVH Starting at \$12.70 a month View plans Add dependents
--	---

Haga clic en **CLOSE (CERRAR)** para regresar a la pantalla Perfil del cliente

Rand, Ayn ✔ Success

Date: 06/11/2024 02:21pm ET Plan: Hur

Enrollment Code: XTKQP9Q13D Premium:

[Email confirmation](#)

Continuar en la página siguiente

Firma Telefónica

Llame al número que aparece en la pantalla para conectarse a VoiceLog

Al final de cada sección de la grabación utilice las siguientes teclas para avanzar o reproducir:

- # avanza la grabación a la siguiente sección
- * reproduce la sección actual

El solicitante (o representante legal) deberá responder con una respuesta afirmativa clara para poder proceder

Al final de la grabación, recibirá una identificación de confirmación de VoiceLog.

Ingrese la identificación en el espacio provisto y marque la casilla que confirma que utilizó scripts, herramientas y/o documentos de divulgación aprobados para finalizar una presentación del plan que cumpla con las normas.

Haga clic en **SUBMIT (ENVIAR)**

Signature preference:

Text message	Email	Telephonic Signature
--------------	-------	----------------------

Note:

Call (210) 943-0733 to connect to VoiceLog.

At the end of each section of the recording, use the following keys to advance or replay:

(#) advances the recording to the next section

(*) replays the current section

Please Note: The applicant (or legal representative) must answer with a clear affirmative response in order to proceed.

Transaction ID
30501142

VoiceLog order confirmation ID*

I used approved scripts, tools and/or disclosure documents to finish a compliant plan presentation.

Access the scripts here: [All Scripts and VoiceLogs \(DMS-044\)](#)



Nota: El formulario MAF (Formulario de autorización de miembro) no está disponible actualmente en Plataforma de Inscripción Humana. Mientras tanto, dígame al cliente que puede completar el formulario iniciando sesión en su cuenta de MyHumana después de que su plan entre en vigencia.

Proceso completo

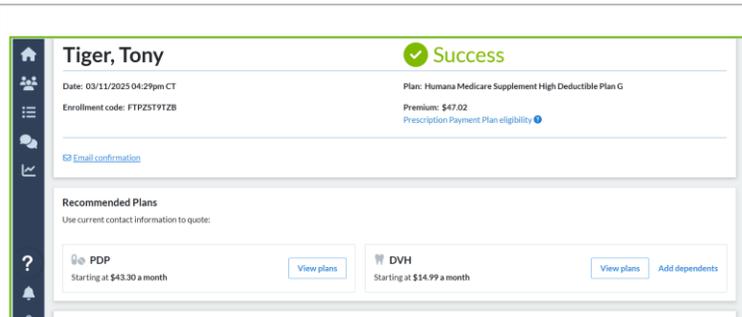
Recordatorio: Oferta de venta cruzada de planes IDVH y PDP

Al completar una solicitud para un plan complementario de Medicare, los agentes deben preguntar al cliente si estaría interesado en inscribirse en un PDP independiente o en un plan dental, de visión o de audición individual.

En la página de Completar Solicitud, los agentes verán opciones para el Plan Individual de Medicamentos Recetados (PDP) y los planes Dental, de la Vista y de la Audición.

Pregunte al cliente si le interesa obtener más información sobre estas opciones. Si responde que sí, haga clic en el enlace "Ver Planes" para ver los planes disponibles en su área de servicio.

Si el cliente decide inscribirse, siga los pasos de las guías de trabajo del Plan Individual de Medicamentos



Cómo completar un registro de suplemento de Medicare

<p>Recetados y el Plan Individual de Dental, de la Vista y de la Audición para completar la solicitud.</p>	
--	--