

Valores fundamentales de CareFree Insurance Services (CIS) y pautas de mercadeo de CMS

I. CIS Valores fundamentales

El éxito de CIS se fundamenta en nuestros valores. Estos valores reflejan nuestra cultura y ayudan a guiar las actividades de nuestros empleados tanto con nuestros clientes como entre nosotros.

Los valores a continuación muestran lo que es verdaderamente importante para pata nuestra organización. Son las creencias que compartimos y cómo queremos ser reconocidos.

- Tratar a todas las personas con respeto y dignidad; valorar cómo difieren los individuos
- Practicar la excelencia
- Construir relaciones con los clientes a través del valor y el alto rendimiento
- Dirigirnos con el más alto nivel de honestidad y acorde a nuestras creencias.
- Asumir la responsabilidad de nuestro trabajo
- Enfatizar el trabajo en equipo; actuar en el mejor interés de la compañía; hacer preguntas cuando no esté seguro
- Recibir y proporcionar retroalimentación constructiva mientras se apoyan mutuamente

LO QUE CIS ESPERA DE SUS EMPLEADOS Y LÍNEAS DESCENDENTES

Entender y seguir las pautas definidas en nuestro Código de Conducta (el Código).

- Ser honesto(a) en nuestras actividades y relaciones.
- Representar a CIS profesionalmente
- Seguir todas las políticas que se aplican a nuestro negocio
- Informar inmediatamente de las sospechas de infracciones de cualquier ley o del Código.
- Asegurarse de no poner a otros en una posición comprometida pidiéndoles que hagan algo ilegal o poco ético
- Fomentar un entorno seguro donde se valoren y respeten las diferencias individuales
- Completar los adiestramientos requeridos de manera oportuna

LO QUE CIS ESPERA DE SU LIDERAZGO

Entender sus responsabilidades adicionales.

- Crear, promover y reconocer comportamientos legales y éticos.
- Garantizar que no se respalden los objetivos comerciales que violen las leyes o el Código
- Promover la ética y el cumplimiento; los empleados deben sentirse cómodos haciendo preguntas sin temor a represalias
- Liderar y servir como modelos a seguir

NUESTROS ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO

Este documento traduce nuestros valores y Código de Conducta en términos prácticos. Ayuda a guiar nuestras actividades comerciales diarias al proporcionar estándares y expectativas éticos y de cumplimiento.

Operamos en un negocio altamente regulado. Por lo tanto, es importante que todos trabajemos dentro de los límites de todas las leyes correspondientes. Nuestro objetivo es ir más allá de solo cumplir con las leyes. Queremos seguir los más altos principios de integridad y ética. Este documento, nuestras políticas del Programa de Cumplimiento y el Código son recursos para TODOS(AS) los(as) empleados. Se aplican a TODOS(AS) sin tener en cuenta la posición de un empleado dentro de la Compañía.

Los(as) agentes contratados(as) son una parte integral de nuestras operaciones. Tienen un papel fundamental en nuestro éxito. Tratamos de hacer negocios con aquellos que comparten nuestros puntos de vista sobre el cumplimiento y la ética. Esperamos que nuestros(as) agentes respeten y cumplan con este documento, nuestras políticas del Programa de Cumplimiento y el Código al realizar negocios con nosotros o en nuestro nombre.

El incumplimiento de los Principios de Cumplimiento de la Compañía puede dar lugar a medidas disciplinarias. CIS investiga con prontitud y objetividad todas las inquietudes informadas. Se implementan acciones correctivas cuando es necesario. El CIS impone medidas disciplinarias acordes al tipo y circunstancias de cada infracción. Las infracciones de naturaleza grave pueden dar lugar a la suspensión sin goce de sueldo, la pérdida o reducción del aumento por méritos y la terminación del empleo.

II. Pautas de mercadeo y comunicaciones de Medicare (MCMG)

El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) responsabilizan CIS y a las compañías de seguros por las acciones de cualquier persona que comercialice sus productos de Medicare. Para garantizar la responsabilidad, **todos los productores, intermediarios y agentes** aceptan cumplir con este documento. No es todo incluido.

Las pautas de mercadeo y comunicaciones de Medicare de CMS (MCMG) están disponibles en línea. Asegúrese de conocerlo y conocer todas las leyes federales y de Medicare relacionadas con el cuidado de la salud. Usted acepta cumplir con los requisitos enumerados en el MCMG. Incluye cualquier actualización, orientación de mercadeo de Medicare y requisitos del Programa de Cumplimiento de CMS, CIS y proveedores. Las pautas se aplican a todas las personas mayores de edad de Medicare, beneficiarios existentes y miembros del plan.

Todos(as) los(as) **productores(as), intermediarios(as) y agentes:**

- **Deben** tener la licencia y el nombramiento adecuados antes de vender productos de Medicare de acuerdo con la ley aplicable en cada estado en el que tenga la intención de vender o esté vendiendo. **Debe** notificar al CIS y a los Proveedores inmediatamente si su licencia es suspendida o revocada. **Debe** estar certificado y "listo para vender" antes de vender.
- **Deben** capacitarse/evaluarse anualmente sobre las reglas/regulaciones de Medicare y los detalles específicos de los productos del Plan que planea vender.
- **Deben** realizar actividades de mercadeo conformes con todos los requisitos estatales, CMS, CIS y Carrier.
- **Deben** reconocer las consecuencias de participar en actividades de mercadeo inapropiadas/prohibidas. Esto incluye acción disciplinaria, terminación y pérdida de compensación.

Todos(as) los(as) **productores(as), intermediarios(as) y agentes** se comprometen con lo siguiente:

1. **No proporcionará** información inexacta/engañosa. O participar en actividades que podrían inducir a error/confundir a los beneficiarios o tergiversar CMS, productos de Medicare o Proveedores. No utilizará superlativos sin fundamento, absolutos y/o calificados ni comentarios ofensivos.
2. **Solo utilizará** materiales de presentación/mercadeos aprobados por CMS y Carrier, puntos de conversación y guiones de llamadas entrantes/salientes para los planes de Medicare.
3. **No** se desviará de la orientación de mercadeo establecida por CMS o definida por Carrier. O hacer cualquier declaración, reclamo o promesa que entre en conflicto, altere materialmente o amplíe erróneamente la información contenida en los materiales aprobados por CMS.

4. **Enviaré** todos los materiales de mercadeo de Medicare a las compañías de seguros correspondientes. Los proveedores utilizan su proceso de revisión y aprobación de CMS según sea necesario. **NOTA:** *Cumplimiento de CIS ofrece una revisión de cumplimiento de las comunicaciones o materiales de mercadeo de cualquier agente/agencia. Esto garantiza que esté protegiendo su negocio y cumpliendo con la última guía de CMS. Algunos proveedores exigen la presentación de cualquier material utilizado para ellos a través de Cumplimiento de CIS como su FMO/principal jerarquía.*
5. **No** reclamará recomendación o respaldo por parte de CMS, Medicare o el Departamento de Salud y Servicios Humanos. O afirme que cualquiera de esas entidades recomienda que los beneficiarios de Medicare se inscriban en un plan, que está llamando en nombre de Medicare o que Medicare le pidió que llamara o viera al cliente.
6. **No** comenzará a comercializar los planes de Medicare ni los eventos de mercadeo/ventas para el próximo año del plan antes del 1 de octubre. Esto incluye la publicidad de eventos de mercadeo/ventas o eventos educativos programados para principios de octubre.
7. **No aceptará** solicitudes de Medicare de posibles inscritos para el **Período de Elección Anual** (AEP) actualmente **del 15 de octubre al 7 de diciembre antes del 15 de octubre.**
8. **Eventos educativos:** **anunciaré** claramente estos eventos como “educativos”. No incluirá actividades de marketing/ventas ni distribuirá materiales de marketing ni formularios de inscripción. **Solo puede distribuir** tarjetas de presentación y tener formularios de permiso/consentimiento para contactar disponibles. **NUEVA REGULACIÓN:** Ya no se pueden tener formularios de Alcance de Cita (SOA) disponibles ni programar citas personales futuras. Todos los materiales educativos **deben** estar libres de información sobre beneficios o marketing del plan. Informará sobre eventos educativos a los proveedores de acuerdo con sus políticas. **NUEVA REGULACIÓN:** Los eventos educativos y los eventos de mercadeo/ventas no pueden realizarse con un intervalo de 12 horas entre sí dentro del mismo edificio o en el edificio adyacente.
9. **Informes de eventos de mercadeo/ventas:** **Informará** a los Proveedores de todos los eventos de mercadeo/ventas informales y formales, y de las revisiones y cancelaciones de eventos, de acuerdo con sus políticas.
10. **NUEVA REGULACIÓN:** **Tanto el Consentimiento para contactos (C2C) como las SOA son válidos por 365 días/1 año.** C2C solo se aplica a clientes potenciales, no a sus clientes actuales con quienes tiene una relación. Todos los formularios deben incluir una fecha y gestionarse adecuadamente para el vencimiento de 12 meses. Cuando se compra un cliente potencial, debe preguntar la fecha en que se otorgó el C2C/SOA para saber si está comprando un cliente potencial caducado. Debe documentar el cliente potencial y conservar cualquier prueba del mismo para auditorías por parte de CMS o Proveedores.
11. **Anunciaré** todos los **productos y tipos de planes** que se revisarán durante un evento de mercadeo/ventas al comienzo del evento (es decir, HMO, PPO, PDP, etc.).
12. **No** solicitará **información personal** (es decir, dirección, número de teléfono, número de Medicare, cuenta bancaria o número de tarjeta de crédito). **No** requerirá dicha información, incluida una SOA firmada, como requisito previo para asistir a presentaciones de mercadeo/ventas formales/informales o eventos educativos.
13. **Si** usa una **hoja de registro**, usará una proporcionada por el proveedor. **Debe** contener una declaración similar, *"La finalización de cualquier información de contacto es opcional"*.
14. **Solo** programará una cita con un beneficiario que resida en un centro de atención a largo plazo, incluidos hogares de ancianos, hogares de pensión y cuidado, centros de vida asistida, etc., a pedido del beneficiario.
15. **No** proporcionará ni subvencionará **comidas** en eventos de mercadeo/ventas formales o informales, ni en citas individuales. Solo proporcionará refrigerios y refrigerios en estos eventos.
16. **No** participará en **prácticas de mercadeo discriminatorias**. Esto incluye intentar inscribir a beneficiarios de Medicare de áreas de ingresos más altos sin un esfuerzo similar en áreas de ingresos más bajos y enfocarse solo en la población elegible para Medicare de edad avanzada y no en beneficiarios discapacitados. **No** realizará **pruebas genéticas, exámenes de salud** u otras actividades similares que puedan dar la impresión de **seleccionar directamente clientes.** **No** cambiará a los beneficiarios entre los planes de Medicare.

17. **No** comercializará ni tendrá disponibles **productos no relacionados con la atención médica** (es decir, rentas vitalicias, seguros de vida), también conocidos como "**venta cruzada**," durante ninguna presentación de ventas de MA/MAPD/PDP.
18. **No** intimidará, usará tácticas de venta de **alta presión** o miedo inapropiadas, ni requerirá una cita en el hogar para inscribir a un beneficiario en un plan.
19. **No** se ofrecerá como incentivo para inscribirse en un plan **regalos en efectivo u otros reembolsos monetarios**. Esto incluye las contribuciones benéficas realizadas en nombre de las personas que asisten a una presentación de mercadeo. O certificados de regalo y tarjetas de regalo que se pueden convertir fácilmente en efectivo.
20. **Proporcionará** adaptaciones razonables para los **beneficiarios con discapacidades**. **Seguirá** todas las leyes federales/estatales con respecto a la confidencialidad y divulgación de la información del paciente como se describe en la **regla de privacidad de HIPAA**.
21. Proporcionará información sobre las **calificaciones de estrellas** del plan general antes de la inscripción. **Reemplazará** la hoja de clasificación por estrellas con la versión más reciente dentro de los 21 días calendario posteriores a su lanzamiento. (CMS generalmente se lanza a mediados de Octubre).
22. **RECORDATORIO: Proporcionará** a CMS la Lista de verificación de preinscripción (PECL) obligatoria antes de inscribir a un cliente en un plan de Medicare. **NUEVA REGULACIÓN: Analizará** el efecto del nuevo plan en la cobertura actual del cliente.
23. **Cumplirá** y respetará la TCPA (**Ley de Protección al Consumidor de Teléfonos**). No se pueden realizar llamadas entre las 9 p. m. y las 8 a. m., hora local del paciente, cliente, miembro del plan o proveedor. Los requisitos de la Comisión Federal de Comercio para vendedores y televendedores, registro nacional/estatal de "no llamar", solicitudes de "no llamar" y horarios de llamadas federales/estatales.
24. **No** hará **contacto directo no solicitado** con posibles afiliados. Esto incluye solicitudes de puerta en puerta, dejar información como un folleto o volante en una residencia/automóvil, acercarse a los automóviles, acercarse a posibles inscritos en parques, supermercados, áreas comunes y utilizar solicitudes telefónicas. **Telefonía** incluye mensajes de texto, correos de voz, llamadas y faxes. **Obtendrá** un formulario de **Consentimiento/Permiso para contactar** firmado antes de llamar a un beneficiario.
25. **NUEVA REGULACIÓN: Garantizará** que los **formularios de Alcance de la cita (SOA)** se completen al menos 48 horas antes de las citas de mercadeo individuales, ya sea en persona, por teléfono o en línea (virtual). El período de espera de 48 horas no es necesario para: a) SOA completadas durante los últimos cuatro días de un período de elección válido para el cliente; b) reuniones presenciales no programadas (walk-ins) iniciadas por el cliente; c) llamadas entrantes no solicitadas realizadas por particulares a un agente de ventas. **Se obtendrá** un SOA cuando una persona elegible para Medicare lo visite por su propia voluntad. O desea asistir a una reunión individual previamente programada con otro beneficiario. Una segunda SOA debe documentar tipos de productos adicionales de interés para el beneficiario no acordados de antemano. La reunión podrá entonces continuar. **Se debe obtener y documentar una SOA antes de todas y cada una de las reuniones de ventas en las que se discutan los productos de Medicare con todos los posibles afiliados (incluidos los clientes actuales)**. Esto incluye todo tipo de citas de ventas en persona. También incluye personas que asisten a un evento de marketing/ventas formal o informal y que desean reunirse después del evento.
26. **No** llamará a un **beneficiario referido**. **Proporcionará** una tarjeta comercial para que el beneficiario "referido" se comunique con usted.
27. **No** le pedirá una **referencia** a un posible beneficiario.
28. **No** aceptará una **solicitud de inscripción durante una llamada saliente**.
29. **No** aceptará solicitudes de inscripción en oficinas de proveedores u otros lugares donde se **brinde atención médica**. Esto incluye salas de examen, habitaciones de pacientes de hospitales, centros de diálisis, áreas de mostradores de farmacias, áreas de tratamiento donde los pacientes interactúan con el proveedor/equipo clínico y reciben tratamiento.

30. **No** utilizará **proveedores** para ofrecer nada de valor para inducir a los afiliados al plan a seleccionarlos como proveedor. O use proveedores para aceptar solicitudes de inscripción u ofrecer incentivos para persuadir a los beneficiarios para que se unan a los planes.
31. **No** participará ni implementará prácticas de mercadeo que **discriminen** por motivos de raza, etnia, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurable o ubicación geográfica.
32. **No** se dirigirá a los beneficiarios a sabiendas, ni llamará ni se comunicará con ex inscritos que están en **OEP** (del 1 de enero al 31 de marzo) porque tomaron una decisión durante el Período de inscripción anual. Esto incluye la compra de listas de correo u otros medios de identificación.
33. **NUEVA REGULACIÓN: No utilizará** el **nombre de Medicare, el logotipo de CMS ni los productos o información emitidos por el gobierno federal** de manera engañosa. Las exenciones de responsabilidad y los eslóganes deben colocarse en un lugar destacado, con un tamaño y color de fuente que sean fácilmente visibles. Y explica claramente que una entidad o sitio web no está afiliado, respaldado ni relacionado de alguna manera con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare. **NUEVA REGULACIÓN: Debe recibir la aprobación de CMS para utilizar la imagen de la tarjeta de identificación de Medicare.**
34. **Cumplirá** con todos los requisitos **REVISADOS: CMS vigentes a partir del 1 de Octubre de 2023 en torno a las organizaciones de marketing de terceros (TPMO)**, que incluyen, entre otros:
1. **Registrará únicamente llamadas de marketing, ventas e inscripción.** Esto incluye llamada virtual (videollamadas o conferencias). **Solo debe** grabar la parte de audio de la llamada, no la parte de video. El marketing incluye el "marketing basado en la retención" o la influencia en la decisión de un cliente de permanecer inscrito en un plan. Guarde dichas llamadas por un mínimo de 10 años.
 2. **Reemplazará el lenguaje de exención de responsabilidad en materiales de marketing, sitios web orientados al consumidor y la declaración verbal dentro del primer minuto de una llamada:** *"No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a <insertar número de organizaciones> organizaciones que ofrecen <insertar número de productos> productos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o con su Programa Estatal de Seguro Médico (SHIP) local para obtener información sobre todas sus opciones. ."*
 3. **Informe a los proveedores** cada mes:
 - Cualquier relación de subcontratación utilizada para marketing, generación de clientes potenciales e inscripción.
 - Cualquier acción disciplinaria del personal asociada con las interacciones con los beneficiarios de Medicare.
35. **NUEVA REGULACIÓN: No creará** comunicaciones ni materiales de mercadeo que enumeren **ningún tipo de beneficio del plan a menos que se incluyan los nombres de todos los proveedores para cada beneficio.** Luego, el material **debe** recibir la **aprobación de cada proveedor** y también **debe** ser **revisado y aprobado por CMS.**

He leído y comprendo este documento, valores fundamentales de CIS y pautas de mercadeo de CMS.

(Se requiere firma cuando esto se incluye como parte del adiestramiento del agente o un plan de acción correctiva).

Firma: _____

Fecha: _____