

Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas

Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de que se realice ninguna reunión cara a cara para asegurar el entendimiento de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de *Medicare* (o su representante autorizado). Toda la información provista en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona con *Medicare* o su representante autorizado.

Por favor ponga sus iniciales abajo al lado del tipo de producto(s) del que desea que el agente le hable.

Planes independientes de farmacia de *Medicare* (Parte D)

Plan de farmacia de *Medicare* (PDP): Un plan independiente de farmacia que agrega la cobertura de medicamentos bajo receta a *Original Medicare*, algunos planes de costos de *Medicare*, algunos planes de tarifa privada por servicios de *Medicare* y planes de cuenta de ahorros médica de *Medicare*.

Planes *Medicare Advantage* (Parte C) y planes de costos

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) de *Medicare*: Un plan de *Medicare Advantage* que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y de la Parte B de *Original Medicare* y a veces la cobertura de farmacia de la Parte D. En la mayoría de planes HMO, sólo puede recibir atención médica de los médicos, u hospitales que pertenecen a la red del plan (excepto en caso de emergencia).

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de *Medicare*: Un plan de *Medicare Advantage* que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y de la Parte B de *Original Medicare* y a veces la cobertura de farmacia de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos y hospitales que pertenecen a la red, pero usted también puede usar proveedores que no pertenecen a la red, normalmente por un costo más alto.

Plan de tarifa privada por servicio (PFFS) de *Medicare*: Un plan de *Medicare Advantage* en el que puede ir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por *Medicare* que acepte el pago, términos y condiciones del plan y acuerda darle tratamiento; no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede visitar a cualquiera de los proveedores que pertenecen a la red que han acordado tratar siempre a los miembros del plan. Usted normalmente pagará más por visitar a los proveedores que no pertenecen a la red.

Plan de necesidades especiales (SNP) de *Medicare*: Un plan de *Medicare Advantage* que tiene un paquete de beneficios diseñado para las personas con necesidades médicas especiales. Algunos ejemplos de los grupos específicos a los que se sirve incluyen las personas que tienen *Medicare* y Medicaid, residentes de hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de cuenta de ahorros médica (MSA) de *Medicare*: Los planes MSA combinan un plan médico de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de *Medicare* en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que llegue a su deducible.

Plan de costos de *Medicare*: Con el plan de costos de *Medicare*, usted puede visitar a proveedores dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por *Medicare* los pagará *Original Medicare*, pero usted será responsable por los coseguros y deducibles de *Medicare*.

Al firmar este formulario, usted acuerda reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos al lado de los que puso sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona que le hable de los productos es empleada o contratada por un plan de *Medicare*. No trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir una compensación que depende de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan ni afecta su inscripción actual ni le inscribe en un plan de *Medicare*.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y escriba su nombre abajo:

Nombre del representante: _____

Su parentesco con el beneficiario: _____

Esta sección debe llenarla el agente:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario (opcional):
Dirección del beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto: (Indique aquí si el beneficiario llegó sin cita.)	
Firma del agente:	
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	
Fecha en que terminó la cita:	
Sólo para el uso del plan:	

El alcance de la documentación de la cita se basa en los requisitos de retención de registros de CMS

Agente, si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, por favor explique por que no se documentó un formulario de Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas (SOA) antes de la reunión.

Una organización de *Medicare Advantage* con un contrato de *Medicare*. Un plan independiente de farmacia con un contrato de *Medicare*.

18.09.313.2