

Formulario de confirmación de alcance de la cita de venta

Los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal exigen que los agentes documenten el alcance de una cita comercial antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser cumplimentada por cada persona con Medicare o por su representante autorizado.

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto que desea que le comente el agente.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Plan de Punto de Servicio y Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Point of Service Plan, SNP POS) de Medicare: un Plan Medicare Advantage que cuenta con un paquete de prestaciones diseñado para personas con insuficiencia renal terminal. Algunos ejemplos de los grupos específicos a los que se presta servicio son las personas que tienen Medicare o Medicare y Medi-Cal, o que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados. El POS es un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Como la HMO, los miembros deben designar un médico dentro de la red para que sea el proveedor primario de atención médica. Usted puede atenderse con médicos, en hospitales y con proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que marcó con sus iniciales más arriba. Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el Gobierno Federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan.

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

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

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de imprenta:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

A completar por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario: *(opcional)*

Método inicial de contacto:

(Indique aquí si el candidato se presentó sin cita previa)

Firma del agente:

Fecha de realización de la cita: