

Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de mercadotecnia antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar que se comprenda lo que se tratará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales a continuación junto al tipo de producto que desea que el agente trate.

Planes Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

Estos planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, y todos incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (MAPD). Algunos planes están diseñados para personas con necesidades específicas, como aquellas que padecen enfermedades crónicas (planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas o C-SNP).

☐ **Medicare Advantage HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud):**

Debe atenderse con médicos, hospitales y otros proveedores que estén dentro de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Debe elegir un médico de atención primaria y es posible que deba obtener derivaciones para consultar a especialistas.

☐ **Planes Medicare Advantage POS (Punto de Servicio) (HMO-POS):** Estos planes combinan características de los planes HMO con cierta cobertura fuera de la red. Usted selecciona un médico de atención primaria dentro de la red y puede consultar a proveedores fuera de la red para servicios y coberturas específicos. Es posible que tenga diferentes costos compartidos al atenderse con proveedores fuera de la red. Algunos planes C-SNP incluyen una opción de POS que permite cierto nivel de acceso a proveedores fuera de la red. Esta opción solo está disponible para los planes Champion HMO-POS asociados con sus C-SNP para ERC/ERT.

☐ **Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (HMO C-SNP):** Estos planes están diseñados para personas con enfermedades crónicas específicas, como enfermedad renal crónica (ERC), incluso enfermedad renal terminal (ERT), diabetes o enfermedad cardíaca, ICC, EAC, o arritmias cardíacas, o problemas de salud conductual como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor o trastornos psicóticos recurrentes, paranoicos y de otro tipo. Adaptan los beneficios, las opciones de proveedores y los formularios de medicamentos para satisfacer mejor las necesidades específicas del grupo al que sirven. Algunos planes C-SNP incluyen una opción de POS que permite cierto nivel de acceso a proveedores fuera de la red. Es posible que tenga diferentes costos compartidos al atenderse con proveedores fuera de la red.

Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas (Cont.)

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas autorizado para tratar los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que tratará los productos con usted está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja 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, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

NPN del agente:

Número de teléfono del agente:

Correo electrónico 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 la cita Completado: