

Formulario de confirmación para el contenido de citas de ventas

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid requieren que agentes documenten el contenido de una cita con fines de marketing antes de cualquier reunión de ventas cara a cara para asegurar el entendimiento de lo que será discutido entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información en este formulario es confidencial y debe ser completado por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Sírvase escribir sus iniciales en la casilla junto al tipo de producto que desea que el agente discuta.

Planes Autónomos de Recetas Médicas Medicare (Parte D)

Plan de Recetas Médicas Medicare (PDP) — Un plan autónomo (*stand alone*) de medicamentos que añade cobertura de recetas médicas a Medicare Original, algunos Planes de Costo Medicare, algunos Planes Medicare Privados de Pago-por-Servicio, y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos Medicare.

Planes de Medicare Advantage (Parte C), y Planes de Costo

Organización de Mantenimiento de la Salud Medicare (HMO) — Un Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y Parte B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura Parte D de recetas médicas. En la mayoría de las HMOs, usted puede obtener su atención médica solo de doctores u hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos Medicare (PPO) — Un Plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y Parte B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura Parte D de recetas médicas. PPOs cuentan con doctores y hospitales de la red, pero usted puede utilizar proveedores fuera de la red también, generalmente por un costo más elevado.

Plan Medicare Privado de Pago-por-Servicio (PFFS) — Un Plan de Medicare Advantage en el cual usted puede acudir a cualquier doctor, hospital, y proveedor aprobado por Medicare que acepte los pagos, términos y condiciones del plan y acepta darle atención – no todos los proveedores lo aceptarán. Si se inscribe en un Plan PFFS que cuenta con una red, puede atenderse con cualquiera de los proveedores de la red que han acordado siempre tratar a miembros del plan. Por lo general usted tendrá que pagar más para atenderse con proveedores fuera de la red.

Plan Medicare de Necesidades Especiales (SNP) — Un Plan de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Ejemplos de los grupos específicos de gente servida incluyen personas que cuentan con Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos, y personas que padecen de ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) — Los Planes MSA combinan un plan de salud de alto deducible y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que su deducible sea alcanzado.

Plan de Costo de Medicare — En un Plan de Costo Medicare, usted puede atenderse con proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si usted obtiene servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados bajo Medicare Original pero usted será responsable por coseguro y deducibles de Medicare.

Al firmar este formulario, usted acepta tener una reunión de ventas con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que marcó con sus iniciales en esta página. Note por favor que la persona que discutirá los productos está empleado o contratado por un plan de Medicare. Esta persona no trabaja directamente por el gobierno Federal. Es posible que esta persona sea remunerada dependiendo de su inscripción en un plan. El firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su afiliación actual y no le inscribirá en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma:

Firma:

Fecha de firma:

Si usted es el representante autorizado, sírvase firmar arriba y escriba abajo:

Nombre del representante: _____

Su relación con el beneficiario: _____

Para ser completado por el agente:

Agent Name:	Agent Phone:
Beneficiary Name:	Beneficiary Phone (Optional):
Beneficiary Address (Optional):	
Initial Method of Contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in.)	
Agent's Signature:	
Plan(s) the agent represented during this meeting:	
Date Appointment Completed:	
[Plan Use Only:]	

Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements

Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment, provide explanation why SOA was not documented prior to meeting: