

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen a los agentes que registren el alcance de una cita de mercadeo por lo menos 48 horas antes de una reunión individual de ventas, en lo posible, para asegurar que queda entendido lo que se hablará entre el agente de ventas 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.

PARA SER COMPLETADO POR EL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Por favor, escriba sus INICIALES junto al(los) tipo(s) de producto(s) que desea tratar con el agente de ventas certificado:

_____ Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos

_____ Plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

_____ Productos complementarios de Medicare (Medigap)

_____ Productos para el cuidado dental, de la vista y de la audición

_____ Productos de seguro de indemnización hospitalaria

Ver página 2 para descripciones de los productos listados.

FIRMA Y FECHA DE LA FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Firma del solicitante/afiliado/representante autorizado (requerida):

Fecha de firma (requerida): MM/DD/AAAA

_____/_____/_____

SI USTED ES EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, FIRME ARRIBA Y ESCRIBA SU NOMBRE ABAJO:

Nombre del representante (Nombre, Apellido):

Relación con el beneficiario:

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas certificado para hablar sobre el(los) producto(s) que marcó con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que el agente de ventas certificado que hablará con usted sobre los productos está empleado o contratado por un plan de Medicare. **El agente no trabaja directamente para el gobierno federal.** Esta persona también puede recibir un pago basado en su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura, ni lo inscribe en un plan de Medicare.

PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE DE VENTAS CERTIFICADO:

Nombre del agente: (requerido)

Teléfono del agente: (requerido)

Número de NPN del agente:

ID del agente asignado por el plan:

Nombre del beneficiario: (requerido)

Información de contacto del beneficiario (Teléfono o Dirección): (opcional)

Método de contacto inicial (marque): ☐ Evento de ventas ☐ Visita sin cita previa ☐ Llamada entrante ☐ Permiso para llamar
☐ Otro (especifique) _____

Plan(es) representado(s) en esta reunión:

Firma del agente:

Fecha de la cita (requerida): MM/DD/AAAA

_____/_____/_____

Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP): Un plan independiente de medicamentos recetados que añade cobertura para medicamentos recetados a Medicare Original, a algunos Planes de Costos de Medicare, a algunos Planes privados de pago por servicio (PFFS) de Medicare y a los Planes de cuentas de ahorro médico (MSA) de Medicare.

Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos

Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO): Un plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y a veces incluye la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los HMO, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (PPO): Un plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y a veces incluye la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO tienen red de médicos y hospitales pero usted también puede usar los proveedores fuera de la red, generalmente a mayor costo.

Plan privado de pago por servicio de Medicare (PFFS): Un plan Medicare Advantage en el cual usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte los pagos, términos y condiciones del plan y esté de acuerdo en atenderlo; no todos los proveedores lo harán. Si usted se afilia a un plan PFFS que tiene una red, usted puede ver cualquiera de los proveedores de la red que han accedido a brindar tratamiento siempre a los afiliados del plan. Generalmente pagará más por ver a proveedores fuera de la red.

Plan de punto de servicio de Medicare (POS): Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina lo mejor de un HMO con los beneficios de un plan fuera de la red. Al igual que en los planes HMO, los afiliados deben designar un médico dentro de la red como su proveedor de atención primaria. Usted puede utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de necesidades especiales de Medicare (SNP): Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos por estos planes incluyen personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos, y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de cuenta de ahorro médico de Medicare (MSA): Los planes MSA combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar el valor de su deducible.

Plan de Costos de Medicare: En un Plan de Costos de Medicare, usted puede ir tanto a los proveedores dentro de la red como fuera de ella. Si recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados bajo Medicare Original pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.

Plan Medicaid de Medicare (MMP): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para ofrecer beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para beneficiarios elegibles para ambos programas.

Productos para el cuidado dental, de la vista y de la audición

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir necesidades dentales, de la vista y de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos suplementarios de accidentes y salud

Planes que ofrecen beneficios adicionales, pagaderos a los consumidores según eventos específicos; a veces se utilizan para cubrir copagos/coseguro. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir las “brechas” de cobertura de Medicare. Una póliza Medigap generalmente paga parte o la totalidad de los montos del deducible y coseguro aplicables a los servicios cubiertos por Medicare, y en ocasiones cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención fuera del país. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Nota: La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requerimientos de retención de archivos de CMS.