

# Formulario de confirmación de alcance de la citas de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los representantes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de mercadeo antes de cualquier reunión de ventas en persona o telefónica para garantizar la comprensión de lo que el representante de ventas autorizado y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) analizarán. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**Coloque sus iniciales a continuación junto al (los) producto(s) que desea que analice el representante de ventas autorizado.**

(Consulte la página siguiente para ver las descripciones de los tipos de productos).

- Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**
- Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos**
- Productos odontológicos/oftalmológicos/auditivos**
- Productos de indemnización hospitalaria**
- Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

**Al firmar este formulario, usted acepta una reunión con un representante de ventas autorizado para analizar los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente.** Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos es un empleado o está contratada por un plan Medicare Advantage. No trabajan directamente para el gobierno federal. Es posible que a esta persona también se le pague en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario **NO** lo obliga a inscribirse, no afecta su inscripción actual en Medicare ni lo inscribe automáticamente en un plan.

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

Firma:

Firma Fecha:

## **Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba a continuación en letra de molde:**

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

## **A ser completado por el representante de ventas autorizado:**

Nombre del representante de ventas autorizado:

Teléfono del representante de ventas autorizado:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método de contacto inicial: (Indique aquí si el beneficiario se presentó sin cita previa)

Firma del representante de ventas autorizado:

Plan(es) que el representante de ventas autorizado representó durante esta reunión:

Fecha de finalización de la cita:

## **Solo para uso del plan:**

El representante de ventas autorizado, si el beneficiario no firmó el formulario 48 horas antes de la cita, explique por qué el alcance de la cita (Scope of Appointment, SOA) no se documentó antes de la reunión:

El alcance de la cita está sujeto a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), y es válido por 12 meses después de la fecha de la firma del beneficiario o la fecha de la solicitud inicial de información del beneficiario.

## Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:** Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.

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

**Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de doctores u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

**Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO tienen doctores y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

**Plan privado de pago por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier doctor, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y acepte brindarle tratamiento; no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores de la red que hayan acordado siempre brindar tratamiento a los miembros del plan. Por lo general, pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan de punto de servicio (Point of Service, POS) de Medicare:** Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que la HMO, los beneficiarios deben designar un médico dentro de la red para que sea el proveedor de atención médica primaria. Puede usar doctores, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

**Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de los grupos específicos a los que se prestan servicios incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en casas de reposo y personas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:** El plan MSA combina un plan médico con deducible alto con una cuenta de banco. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare:** En un plan de costos de Medicare, puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán bajo Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.

**Plan Medicare Medicaid (Medicare Medicaid Plan, MMP):** Un MMP es un plan médico privado diseñado para proporcionar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para beneficiarios de Medicare con doble elegibilidad.

## Productos odontológicos/oftalmológicos/auditivos

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir necesidades odontológicas, oftalmológicas o auditivas. Estos planes no están afiliados ni vinculados a Medicare.

## Productos de indemnización hospitalaria

Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores en función de su utilización médica; a veces se utilizan para sufragar copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni vinculados a Medicare.

## Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir "brechas" en la cobertura de Original Medicare. Una póliza de Medigap generalmente paga algunos o todos los montos de deducible y coseguro aplicables a los servicios cubiertos por Medicare, y a veces cubre artículos y servicios no cubiertos por Medicare, como la atención fuera del país. Estos planes no están afiliados ni vinculados a Medicare.