

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión personal de ventas a fin de garantizar la comprensión de lo que analizarán el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completado por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales a continuación junto al tipo de producto(s) que usted desea que el agente analice. Si no desea que el agente analice un tipo de plan con usted, deje la casilla en blanco.

<input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y otros planes de Medicare
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare
Punto de Servicio de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO POS) de Medicare
Plan de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare

<input type="checkbox"/> Póliza Complementaria de Medicare

Al firmar este formulario, usted acepta una reunión de ventas con un agente de ventas para analizar los tipos de productos específicos en los que colocó sus iniciales anteriormente. La persona que analizará las opciones del plan con usted es un empleado, o ha sido contratado por un plan de salud o un plan de medicamentos con receta de Medicare que no está relacionado con el gobierno federal, y puede recibir compensación en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su estado actual o futuro de inscripción en Medicare, ni lo inscribirá automáticamente en los planes analizados.

Al completar este formulario, acepto recibir llamadas de parte de un representante sobre los productos y servicios de ConnectiCare al número que he ingresado (incluidos los dispositivos móviles). Estas llamadas pueden hacerse con una tecnología automatizada y mi consentimiento para recibir estas llamadas no me obliga a hacer una compra.

Teléfono del beneficiario (opcional):

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la 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:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Id. del beneficiario (opcional):
Método de contacto inicial (indique aquí si el beneficiario fue sin cita previa):	
Firma del agente:	Id. del agente:
Plan(es) representados por el agente durante esta reunión:	Fecha de finalización de la consulta:

La documentación de alcance de la cita (Scope of Appointment, SOA) está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.

Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la consulta, explique por qué no se documentó el SOA: _____

Planes Medicare Advantage (Parte C), planes de Medicamentos con Receta de Medicare Advantage y otros planes de Medicare

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: es un plan Medicare Advantage que debe cubrir toda la atención de la salud de las Partes A y B. En la mayoría de las HMO, solo puede visitar a médicos, especialistas u hospitales de la red del plan, excepto en caso de emergencia.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare: es un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional en el que paga menos si usa médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de Cargo de Servicio Privado (PFFS) de Medicare: es un tipo de plan Medicare Advantage en el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y condiciones del plan.

Plan de Punto de Servicio (POS) de Medicare: es un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores características de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que la HMO, los miembros deben designar a un médico dentro de la red para que sea el proveedor de atención médica primaria. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de la salud más específica y especializada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare: los planes MSA combinan un alto deducible del plan Medicare Advantage y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se cumpla su deducible.

Plan con Costo de Medicare: es un tipo de plan de salud. En un plan con Costo de Medicare, si usted obtiene servicios fuera de la red del plan sin una derivación, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán bajo el plan Original Medicare (su plan con Costo paga los servicios de emergencia o los servicios que necesita de urgencia).

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

Planes de Medicamentos con Receta Independientes de Medicare (Parte D)

Plan de Medicamentos con Receta (PDP) de Medicare: es un plan de Medicamentos con Receta Independiente que agrega cobertura de medicamentos con receta al plan Original Medicare, algunos planes con Costo de Medicare, algunos planes de Cargo por Servicio Privado de Medicare y planes con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.