

Formulario de Confirmación del Alcance de la Cita de Ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas presencial o telefónica a fin de asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el candidato 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.

Coloque sus iniciales debajo en la casilla al lado del tipo de plan sobre el cual desea hablar con el agente.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y algunas veces asume la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede obtener atención por parte de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).

Plan de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención de salud. Algunos ejemplos de grupos específicos a los que se presta servicio incluyen personas que cuentan tanto con Medicare como Medicaid, personas que viven en un centro de convalecencia y personas que padecen ciertas enfermedades crónicas.

Al firmar este formulario, usted accede a reunirse con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que usted señaló anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que le explicará los productos es un empleado o ha sido contratado por un plan de Medicare. Esta persona no trabaja directamente para el Gobierno Federal. Es posible que a esta persona se le pague en función a su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni le inscribe en un plan de Medicare.

Firma del Candidato: _____ Fecha: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre del Representante Autorizado: _____

Su Relación con el Candidato: _____

Para ser Completado por el Agente:

Nombre del Agente:	Teléfono del Agente:
Nombre del Candidato:	Teléfono del Candidato:
Dirección del Candidato: <i>(opcional)</i>	
Método de Contacto Inicial: <i>(Indicar aquí si el candidato se presentó sin cita previa)</i>	
Firma del Agente:	Fecha en que se Completó la Cita: