

Formulario de confirmación de alcance de cita de venta

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de venta en persona, a fin de garantizar la comprensión de lo que se analizará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se proporciona en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona que tenga Medicare o su representante autorizado.

A continuación, coloque sus iniciales junto al (a los) tipo(s) de producto(s) que desea que el agente analice. (consulte la página 2 para obtener información sobre 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 dentales/para la vista/para la audición**
- Productos de indemnización por hospitalización**
- Productos de Medicare Supplement (Medigap)**

Al firmar este formulario, usted acuerda tener una reunión con un agente de ventas para analizar los tipos de productos en los que colocó sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago en función de su inscripción en un plan.

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

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 con 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:	Teléfono del beneficiario (opcional):
Dirección del beneficiario (opcional):	
Método de contacto inicial: (Indique si el beneficiaria llegó sin cita).	
Firma del agente:	
Plan(es) que el agente presentó durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
[Únicamente para uso del plan]:	
Agente, si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, proporcione una explicación de por qué no se documentó el alcance de la cita (SOA, por sus siglas en Inglés) antes de la reunión:	

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Un plan de atención coordinada con un contrato con Medicare Advantage y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.