



# Formulario de Confirmación de Parámetros para las 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 comercialización antes de cualquier reunión individual de venta para asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el Representante de Ventas Autorizado y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario se mantiene confidencial y se debe completar por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**A continuación, escriba sus iniciales al lado del tipo de productos que desea que trate 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 dentales/de la visión/de la audición**
- Productos de indemnización hospitalaria**
- Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

**Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas Autorizado para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente.** Por favor, tenga en cuenta que quien le explicará los productos es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare. Estas personas no trabajan directamente para el Gobierno Federal. Incluso es posible que reciba un pago por inscribirlo 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.

<b>Firma del beneficiario o de su representante autorizado y fecha de la firma:</b>	
Firma:	Fecha de la firma:
<b>Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete la siguiente información en letra de molde:</b>	
Nombre del Representante:	Relación con el Beneficiario:
<b>El Representante de Ventas Autorizado debe completar esta sección:</b>	
Nombre del Agente de Ventas Autorizado:	Teléfono del Representante de Ventas Autorizado:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Domicilio del beneficiario:	
Método de Contacto Inicial: (Indique aquí si el beneficiario llegó sin cita previa)	
Firma del Agente de Ventas Autorizado:	
Planes que el Representante de Ventas Autorizado presentó durante esta reunión:	Fecha en que se llevó a cabo la reunión:

**Para uso exclusivo del plan:**

Representante de Ventas Autorizado, si el beneficiario firmó el formulario en la cita, explique por qué no se documentó el Alcance de la Cita (Scope of Appointment, SOA) antes de la reunión:

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

**Plan de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:** un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare y los 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 de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, en algunos casos, cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, solamente puede recibir atención de médicos y hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:** un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, en algunos casos, cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Estos planes cuentan con una red de médicos y hospitales, pero el beneficiario también puede utilizar proveedores fuera de la red, habitualmente a un precio más alto.

**Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:** un plan de Medicare Advantage mediante el cual puede acudir a cualquier doctor, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte los pagos, los términos y las condiciones del plan, y que acepte proporcionarle tratamiento. No todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que disponga de una red, puede recurrir a cualquiera de los proveedores de la red que hayan acordado tratar siempre a los miembros del plan. Si consulta a proveedores fuera de la red, normalmente pagará más.

**Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS) de Medicare:** un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional, lo que combina el mejor aspecto 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 como su proveedor de atención primaria. Puede ser atendido por médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

**Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:** un plan de Medicare Advantage que cuenta con un conjunto de beneficios creados para las personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos de los grupos específicos cubiertos incluyen personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en centros de cuidados, y personas con determinadas enfermedades crónicas.

**Plan de Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:** los planes MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta de banco. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta y el beneficiario puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar el monto de deducible.

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

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

**Productos dentales/de la visión/de la audición**

Planes que ofrecen beneficios adicionales para quienes buscan cubrir sus necesidades de atención dental, de la visión o de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria**

Planes que ofrecen beneficios adicionales, que son pagaderos a los usuarios según su utilización médica; a veces se usa para pagar copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

**Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

Planes que ofrecen una póliza complementaria para llenar los “vacíos” en la cobertura de Medicare Original. Una póliza Medigap generalmente paga algunos o todos los montos de deducible y coseguro aplicables a los servicios cubiertos por Medicare y, algunas veces, 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.