



CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

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.

Apellido del beneficiario: _____ Nombre del beneficiario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Firma del beneficiario: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR UN AGENTE:

Nombre del agente: _____ Teléfono del agente: _____

Número de Productor Nacional (NPN): _____ Nombre de la agencia (si corresponde): _____

Método de Contacto Inicial: (Indicar aquí si el candidato se presentó sin cita previa): _____

Firma del Agente: _____ Fecha de la cita de ventas: _____