



Formulario de Confirmación del alcance de la cita 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 de venta, ya sea en persona o por teléfono, 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.

Ponga sus iniciales junto al producto que desea analizar con el Agente de Ventas Autorizado.

(Consulte la página siguiente para ver las descripciones de los tipos de productos).

☐

Cobertura de medicamentos 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 suplementario a Medicare (Medigap)

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas Autorizado para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente. Tenga en cuenta que quien le explicará los productos es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare Advantage. Estas personas no trabajan directamente para el gobierno federal. Es posible que dicha persona reciba una recompensa si usted se inscribe en un plan. Firmar este formulario NO lo obligará a inscribirse en un plan, no afectará su inscripción actual ni lo inscribirá en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o de su representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete la siguiente información en letra de molde:

Nombre del representante:

Relación con el beneficiario:

El Representante de Ventas Autorizado debe completar esta sección:

Nombre del Agente de Ventas Autorizado:

Teléfono del
Agente de Ventas Autorizado:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Domicilio del beneficiario:

Método inicial de contacto: (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 no firmó el formulario 48 horas antes de la cita, explique por qué no se documentó el Alcance de la Cita (Scope of Appointment, SOA) antes de la reunión:

El Alcance de la Cita está sujeto a los requisitos de retención de registros de CMS y es válido durante 12 meses después de la fecha de la firma del beneficiario o la fecha de la solicitud inicial de información del beneficiario.

Planes independientes de Cobertura de Medicamentos de Medicare (Parte D)
Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare: Un plan independiente de medicamentos recetados que añade cobertura para 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 ahorro para la salud de Medicare.
Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costos
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, en algunos casos, cobertura para 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 (PPO, por sus siglas in inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, en algunos casos, cobertura para 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 (PFFS, por sus siglas en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage mediante el cual puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte los pagos, términos y condiciones del plan y que acepte proporcionarle atención médica. 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 (POS, por sus siglas en inglés) de Medicare: Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional, que combina la mejor característica 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 para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage 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 MassHealth (Medicaid), personas que residen en centros de cuidados y personas con determinadas enfermedades crónicas.
Plan de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare: Los planes MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. 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 consultar 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 (MMP): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para proporcionar beneficios integrados y coordinados de Medicare y MassHealth (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 suplementario a 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 no cubiertos por Medicare, como la atención fuera del país. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Senior Whole Health SCO (HMO D-SNP) y Senior Whole Health SCO NHC (HMO-D-SNP) es un Plan de Cuidado Coordinado con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para todas las personas de 65 años de edad en adelante que califiquen para MassHealth Standard u Original Medicare y que no tengan ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.