

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes informen el alcance de una cita de marketing personal al menos 48 horas antes de una reunión de ventas individual para asegurar que se entienda lo que analizarán el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe completarlo cada persona que tenga Medicare o su representante autorizado.

A continuación, marque el tipo de producto(s) que desea que el agente trate.

(Consulte la página 2 para obtener información sobre las descripciones de los tipos de productos).



☐ **Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)**

☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes Cost**

☐ **Productos para atención dental/de la vista/auditiva**

☐ **Productos de salud complementarios**

☐ **Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que indicó anteriormente. La persona con la que conversará sobre los productos es empleada de un plan de Medicare o está contratada por este. No trabajan de forma directa para el gobierno federal. A esta persona se le puede pagar en base a su inscripción en un plan. Si desea hablar sobre productos adicionales que no se hayan marcado arriba, se debe completar un nuevo formulario. Este alcance de cita es solo válido para 12 meses después de la fecha de su firma. Firmar este documento no lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura 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 su nombre en letra imprenta a continuación:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

Para que lo complete el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método de contacto inicial: (indique aquí si el beneficiario se presentó sin cita previa)

Firma del agente:

Plan(es) que el agente describió durante esta reunión:

Fecha en la que se completó la cita:

Uso exclusivo del agente/del plan

Agente: si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se informó el alcance de la cita (SOA) al menos 48 horas antes de la reunión.

Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP): Un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura para medicamentos con receta a Original Medicare, a algunos planes Medicare Cost, a algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y a los planes de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare.

Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes Cost

Plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de las Partes A y B de Original Medicare y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede obtener atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de las Partes A y B de Original Medicare y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan privado de pago por servicio (PFFS) de Medicare: Un plan Medicare Advantage en el cual puede consultar a los médicos, hospitales y proveedores aprobados por Medicare que acepten el pago, los términos y las condiciones del plan y estén de acuerdo en brindarle atención (no todos los proveedores lo hacen). Si se inscribe en un plan PFFS que tenga una red, puede consultar a los proveedores de la red que hayan aceptado brindar atención en todo momento a los miembros del plan. Por lo general, pagará un costo mayor por consultar a proveedores fuera de la red.

Plan de punto de servicio (POS) de Medicare: Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores características de una HMO y un beneficio fuera de la red. Como sucede con las HMO, se les pide a los miembros que designen a un médico dentro de la red para que sea su proveedor de atención médica primaria. Puede recurrir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de necesidades especiales (SNP) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Las personas que cuentan con Medicare y Medicaid, las personas que residen en hogares de convalecencia y aquellas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas son ejemplos de los grupos específicos que reciben el servicio.

Plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare: Los planes MSA combinan un plan de salud con deducibles altos y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance el monto de su deducible.

Plan Medicare Cost: Con un plan Medicare Cost, puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Original Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare, pero usted deberá pagar el coseguro y los deducibles de Medicare.

Plan de Medicare y Medicaid (MMP): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para proporcionar beneficios coordinados e integrados de Medicare y Medicaid para los beneficiarios con doble elegibilidad de Medicare.

Productos para atención dental/de la vista/auditiva

Planes que ofrecen beneficios adicionales a los consumidores que buscan satisfacer sus necesidades dentales, de la vista o auditivas. Estos planes no están asociados o conectados a Medicare.

Productos de salud complementarios

Planes que ofrecen beneficios adicionales, acreditables a los consumidores en función de la utilización médica y que, en ocasiones, se usan para costear los copagos o el coseguro. Estos planes no están asociados o conectados a Medicare.

Productos complementarios de Medicare (Medigap)

planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Una póliza de Medigap habitualmente paga la totalidad o parte de los montos del coseguro y el deducible que se aplica a los servicios cubiertos por Medicare y, en ocasiones, cubre productos y servicios que Medicare no cubre, como la atención fuera del país. Estos planes no están asociados o conectados a Medicare.

La documentación sobre el alcance de la cita está sujeta a los requisitos de conservación de registros de los CMS. Aetna Medicare es un plan HMO y PPO con un contrato de Medicare. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. SilverScript es un Plan de medicamentos con receta con un contrato con Medicare comercializado por Aetna Medicare. La inscripción en SilverScript depende de la renovación del contrato.