

## Formulario de confirmación de concertación 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 cara a cara para garantizar que haya un entendimiento de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona que tenga Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales junto al tipo de producto sobre el que desea conversar con el agente.

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

**Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP):** es un plan de medicamentos independiente que incluye cobertura para medicamentos con receta al plan 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 Medicare Cost**

**Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:** es un plan Medicare Advantage que brinda cobertura de Original Medicare de la Parte A y la Parte B y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo se 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:** es un plan Medicare Advantage que brinda cobertura de Original Medicare de la Parte A y la Parte B y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero también permiten usar proveedores fuera de la red, normalmente a un costo más alto.

**Plan privado de pago por servicio (PFFS) de Medicare:** es un plan Medicare Advantage en el que usted puede consultar a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte los términos y las condiciones, y el pago del plan, y esté de acuerdo en brindarle atención (no todos los proveedores lo hacen). Si se inscribe en un plan PFFS que cuente con una red, podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado brindar atención en todo momento a los miembros del plan. Por lo general, debe pagar un costo mayor para consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan de necesidades especiales (SNP) de Medicare:** es un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Entre los grupos específicos que reciben estos beneficios se incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de convalecencia y personas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare:** los planes de MSA combinan un plan de salud con deducibles altos y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede utilizar ese dinero para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar el monto del deducible.

**Plan Medicare Cost:** si tiene un plan Medicare Cost, puede consultar 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.

**Si firma este formulario, acepta asistir a una reunión con un agente de ventas para conversar sobre los tipos de productos marcados con sus iniciales anteriormente.** Tenga en cuenta que la persona con la que conversará sobre los productos es empleado de un plan de Medicare o es miembro del personal contratado por dicho plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Además, esta persona podría recibir pagos si usted se inscribe en un plan. Firmar este formulario **NO** lo obliga a inscribirse en un plan, **NO** afecta su inscripción actual ni la inscripción en un plan de Medicare.

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

*Si usted es un representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta a continuación:*

*Nombre del representante:* \_\_\_\_\_

*Relación con el beneficiario:* \_\_\_\_\_

**Para que complete el agente:**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario (opcional):
Dirección del beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto: (Indicar aquí si el beneficiario concurrió sin cita previa).	
Firma del agente:	
Planes que presentó el agente durante la reunión:	
Fecha en que se completó la cita:	

\*La documentación de la concertación de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS.\*

Pedimos al agente que si el beneficiario firma el formulario en el momento de la cita, ofrezca una explicación de por qué no se documentó el alcance de la cita antes de la reunión:

Easy Choice Health Plan (HMO), una compañía WellCare, es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Easy Choice Health Plan (HMO) depende de la renovación del contrato.