# 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 mercadotecnia antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar la comprensión de lo que hablarán el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe completarse por cada persona con Medicare o por su representante autorizado.

| Planes Medicare Advantage (Parte C) |
|---|
| **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** Un plan de Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de Original Medicare Parte A y Parte B y, en ocasiones, abarca la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias). |
| **Plan de Necesidades Especiales para personas con Doble Elegibilidad ( D-SNP):** Un Plan de Medicare Advantage que cuenta con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Ejemplos de los grupos específicos atendidos incluyen a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid, personas que viven en hogares para ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas. |
| **Punto de servicio de la organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization Point-of-Service, HMO-POS):** un plan Medicare Advantage HMO que puede permitirle obtener algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto. Es importante que siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para recibir un servicio determinado cuando el plan lo requiera. |

**Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para analizar los tipos de productos mencionadoes anteriormente.**

Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos es un empleado o está contratado por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno Federal.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse a un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe a un plan de Medicare.

**Firma y Fecha de la Firma del Beneficiario o del Representante Autorizado:**

**Firma:** **Fecha:**

**Fecha de la cita:**

*Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba con letra de molde abajo:*

*Nombre del Representante:*_____

*Su Relación con el Beneficiario:* _____

## To be completed by Agent:

| | |
|---|---|
| Agent Name: | Agent Phone: |
| Beneficiary Name: | Beneficiary Phone (Optional): |
| Beneficiary Address (Optional): | |
| Initial Method of Contact:<br>(Indicate here if beneficiary was a walk-in.) | |
| Agent's Signature: | |
| Plan(s) the agent represented during this meeting: | |
| Date Appointment Completed: | |
| [Plan Use Only:] | |

*Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements *

Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment, provide explanation why SOA was not documented prior to meeting.

Kaiser Permanente complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.