

Formulario de confirmación del alcance de la reunión de ventas

Los Centros de Servicios para 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 provista 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.

<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO): 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 con receta médica de la Parte D. En la mayoría de las 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 de Medicare (SNP): Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención de la 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 asilo 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 lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del candidato: _____ Fecha: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre del representante autorizado: _____

Su relación con el candidato: _____

To be completed by Agent:

Agent Name:	Agent Phone:
Candidate Name:	Candidate Phone:
Candidate Address: <i>(optional)</i>	
Initial Method of Contact: <i>(Indicate here if candidate was a walk-in)</i>	
Agent Signature:	Date Appt. Completed: