

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE ALCANCE DE CITA DE VENTAS

Los Centros de servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas en persona o telefónica para garantizar que se comprenda lo que el agente y el candidato de Medicare (o su representante autorizado) analizarán. Toda la información provista en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Coloque las iniciales debajo de la casilla al lado del tipo de plan que desea que el agente analice con usted.

<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO): un plan de Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y algunas veces cubre 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 posee un paquete de beneficios diseñado para las personas con necesidades de atención médica especiales. 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 determinadas afecciones crónicas.	

Al firmar este formulario, usted accede a reunirse con un agente de ventas para analizar los tipos de productos que usted señaló anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos es empleada o ha sido contratada por un plan de Medicare. No trabajan 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: _____

A completar por el agente:

Agent Name:	Agent Phone:
Nombre del candidato:	Teléfono del candidato:
Dirección del candidato: <i>(opcional)</i>	
Initial Method of Contact: <i>(Indicate here if candidate was a walk-in)</i>	
Agent Signature:	Date Appt. Completed: