

# Formulario de confirmación de cita con el agente de ventas

***Debe ser completado por la persona que consulta sobre Medicare.***

Coloque sus iniciales en la casilla al lado del tipo de plan que quiere que el agente analice con usted. Si no quiere que el agente le hable acerca de un tipo de plan, deje la casilla en blanco. (Tenga en cuenta que el agente también puede hablar sobre cualquier beneficio suplementario opcional, cláusula adicional o póliza de seguro complementario de Medicare.)

## **Plan de medicamentos con receta independiente de Medicare (Parte D)**

\_\_\_ **Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP):** Un plan de medicamentos independiente que agrega la cobertura de medicamentos con receta al plan Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y planes de cuenta de ahorro para atención médica de Medicare.

## **Medicare Advantage (Parte C), planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage y otros planes de Medicare**

\_\_\_ **Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que tiene la obligación de cubrir toda la atención médica de las Partes A y B. Con la mayoría de las HMO, solo puede acudir a médicos, especialistas y hospitales que formen parte de la red del plan, salvo en casos de emergencia.

\_\_\_ **Organización de Mantenimiento de la Salud-Punto de Servicio (HMO-POS):** Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional específica, que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que con una HMO, los miembros deben designar a un médico que forme parte de la red como su proveedor de atención médica primaria. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red si paga un costo adicional.

\_\_\_ **Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare:** Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional específica, en el cual paga menos si acude a médicos, hospitales y proveedores que forman parte de la red. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red si paga un costo adicional.

\_\_\_ **Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare:** Un tipo de plan Medicare Advantage con el cual puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y las condiciones del plan.

\_\_\_ **Plan para necesidades especiales (SNP) de Medicare:** Un tipo de plan Medicare Advantage especial que proporciona atención médica más especializada y centrada en grupos específicos de personas, como quienes tienen Medicare y Medicaid, residen en hogares de ancianos o tienen ciertas enfermedades crónicas.

\_\_\_ **Plan con cuenta de ahorro para la atención médica (MSA) de Medicare:** Los planes MSA combinan un plan Medicare Advantage con deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede utilizarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.

\_\_\_ **Plan de costos de Medicare:** Un tipo de plan de salud. Con un plan de costos de Medicare, si usted obtiene servicios fuera de la red del plan sin una remisión, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán conforme al plan Medicare Original (su plan de costos paga servicios de emergencia o de urgencia.)

Al firmar de este formulario, usted acepta tener una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos específicos que marcó con sus iniciales antes. La persona que hablará con usted sobre las opciones de planes es un empleado o agente contratado por un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare que no es el gobierno federal. Es posible que dicha persona reciba una compensación en función de su inscripción en un plan. Si firma este formulario, su inscripción actual NO se verá afectada, no será inscrito automáticamente en un plan Medicare Advantage, un plan de medicamentos con receta u otro plan de Medicare, ni tendrá usted la obligación de inscribirse.

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Si usted es el representante autorizado, debe firmar y brindar la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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

**Para ser completado por el agente:**

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Nombre del agente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del agente: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del beneficiario: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_

Forma de contacto inicial: \_\_\_\_\_

(Indique aquí si el beneficiario se presentó sin cita previa.)

Firma del agente: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo del plan: \_\_\_\_\_

El alcance de la documentación para citas está sujeto a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.