

Alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing* antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar el entendimiento de lo que el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) hablarán. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado..

Coloque sus iniciales a continuación junto al tipo de producto(s) que desea que el agente discuta.
(Consulte la página 2 para ver las descripciones de los tipos de producto)

Planes de medicamentos recetados de Medicare independientes (Parte D)

Planes de Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

Productos dentales/de la vista/de la audición

Productos de indemnización hospitalaria

Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal . Esta persona también podría recibir un pago según su inscripción en el plan.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura en Medicare ni lo inscribe automáticamente en los planes discutidos.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:	
Firma:	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y debajo escriba su nombre en letra de imprenta:	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:
Debe ser completado por el agente:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	
Método de contacto inicial: (indique aquí si el beneficiario acudió sincita previa).	
Firma del agente:	
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	Fecha en que se realizó la cita:
Agente, si el beneficiario no firmó el formulario al menos 48 horas antes, explique por qué no se documentó el alcance de la cita antes de la reunión:	

*La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.

Planes de medicamentos recetados de Medicare independientes (Parte D)

Plan de medicamentos recetados de Medicare (Prescription Drug Plan, PDP): plan de medicamentos independiente que añade cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.

Planes de Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (Health Maintenance Organization, HMO): un plan de Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención médica de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare : un plan de Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero también se pueden utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan privado de tarifa por servicio de Medicare (Private Fee-For-Service, PFFS): un plan de Medicare Advantage en el que puede consultar a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderlo; no todos los proveedores lo harán. Si participa en un plan PFFS que tiene una red, puede consultar a cualquier proveedor de la red que haya acordado tratar siempre a miembros del plan. Generalmente, pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.

Plan de punto de servicio de Medicare (Point of Service, POS): un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores características de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que la HMO, los miembros deben designar a un médico de la red como su proveedor de atención médica primaria. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de necesidades especiales de Medicare (Special Needs Plan, SNP): un plan de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de grupos específicos que son atendidos incluyen personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en geriátricos y personas que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA): los planes de MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se alcance su deducible.

Plan de costos de Medicare: en un plan de costos de Medicare, puede acudir a proveedores dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán a través de Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.

Plan Medicare Medicaid (Medicare Medicaid Plan, MMP): un MMP es un plan de salud privado diseñado para proporcionar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para los beneficiarios de Medicare de doble elegibilidad.

Productos dentales/de la vista/de la audición

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos de indemnización hospitalaria

Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su uso médico; a veces se utilizan para cubrir los copagos/coseguro. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir los “períodos sin cobertura” en la cobertura de Original Medicare. La póliza de Medigap generalmente paga algunos o todos los montos de deducible y coseguro aplicables a los servicios cubiertos por Medicare y a veces cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención médica fuera del país. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP con contratos con Medicare y el Plan de Salud de Oregon. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.