

Alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de las citas de marketing* antes de cualquier reunión individual de ventas para garantizar la comprensión de lo que conversaron el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial, y cada persona con Medicare o su representante autorizado debe completarla.

Coloque sus iniciales a continuación al lado del tipo de producto que quiere que aborde el agente.

(Consulte la página 2 para ver las descripciones de los tipos de productos)

- _____ Planes de medicamentos con receta de Medicare independientes (Parte D)
- _____ Planes de Medicare Advantage (Parte C) y planes Medicare Cost
- _____ Productos odontológicos/de la vista/de la audición
- _____ Productos de indemnización hospitalaria
- _____ Productos del seguro complementario de Medicare (Medigap)

Al firmar este formulario, acepta tener una reunión con un agente comercial para conversar sobre los tipos de productos que marcó anteriormente con sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona con la que hablará sobre los productos es empleada o está contratada por un plan de Medicare. Esa persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que también se le pague con base en su inscripción en un plan. El hecho de que firme este formulario **NO** lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura en Medicare ni lo inscribe automáticamente en el plan o los planes que haya considerado.

Firma del beneficiario o su representante autorizado y fecha de la firma

FIRMA

____/____/____
FECHA DE LA FIRMA

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y coloque su nombre abajo

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

SU RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO

Datos que debe completar el agente

NOMBRE DEL AGENTE

NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO

DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

MÉTODO DE CONTACTO INICIAL

FIRMA DEL AGENTE

PLANES QUE DESCRIBIÓ EL AGENTE DURANTE ESTA REUNIÓN

____/____/____
FECHA EN LA QUE SE HIZO LA CITA

Para el agente: si el beneficiario no firmó el formulario al menos 48 horas antes, proporcione una explicación del motivo por el que no se documentó el Alcance de la cita (Scope of Appointment, SOA) antes de la reunión:

* La documentación del Alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de documentos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Planes de medicamentos con receta de Medicare independientes (Parte D)

Plan de medicamentos con receta (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare: Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos con receta a Original Medicare, algunos planes Medicare Cost, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare.

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

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: Un plan de Medicare Advantage que proporciona la totalidad de la cobertura de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, cubre los medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted puede obtener solamente atención de los doctores u hospitales que están en la red del plan (excepto en caso de emergencias).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare: Un plan de Medicare Advantage que proporciona la totalidad de la cobertura de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, cubre los medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen doctores y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente con un costo superior.

Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) de Medicare: Un plan de Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier doctor, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y acepte tratarlo (no todos los proveedores aceptan hacerlo). Si se afilia a un plan PFFS que tiene una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores de la red que hayan aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, usted pagará más por acudir a proveedores fuera de la red.

Plan de punto de servicio (Point of Service, POS) de Medicare: Un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que la HMO, los miembros deben designar a un doctor dentro de la red para que sea su proveedor de atención primaria. Usted puede acudir a doctores, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare: Un plan de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios designado para las personas con necesidades médicas especiales. Algunos ejemplos de los grupos específicos que reciben este servicio son las personas que tienen Medicare y Medicaid, las personas que residen en centros de cuidados y las personas que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Plan de cuentas de ahorro médico (Medical Savings Account, MSA) de Medicare: Los planes de MSA combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usar ese dinero para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.

Plan Medicare Cost: En un plan Medicare Cost, usted puede acudir a proveedores que están dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Original Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.

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

Productos odontológicos/de la vista/de la audición

Planes que ofrecen beneficios adicionales para las personas que buscan cubrir sus necesidades de servicios odontológicos, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados a Medicare ni tienen conexión con este.

Productos de indemnización hospitalaria

Planes que ofrecen beneficios adicionales, que deben pagarse a las personas con base en el uso médico que realicen. A veces se usan para pagar los copagos o el coseguro. Estos planes no están afiliados a Medicare ni tienen conexión con este.

Productos del seguro complementario de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. La póliza de Medigap generalmente paga una parte o la totalidad del deducible y del coseguro aplicable a los servicios cubiertos por Medicare y, a veces, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como atención fuera del país. Estos planes no están afiliados a Medicare ni tienen conexión con este.

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

