

Formulario de Confirmación sobre el Alcance de la Cita de Ventas



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para asegurarse de que comprenden lo que conversarán con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluya en este formulario será confidencial, y cada persona deberá completarlo junto con un agente de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el cual desea conversar con el agente. Si no desea que el agente converse sobre un tipo de plan con usted, deje la casilla sin completar.

PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

Organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO): un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, a veces, tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales en red, pero también puedes utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

PLANES DE MEDICARE SUPPLEMENT (MEDIGAP)

Planes de Medicare Supplement (Medigap): planes de seguros que contribuyen a pagar una parte de los gastos de bolsillo que no se abonaron con el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que corresponden a los servicios aprobados de Medicare.

PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE (SNP)

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 médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA

Al firmar este documento, usted acepta tener una reunión de venta con el agente de ventas para conversar sobre los tipos específicos de productos en los cuales escribió sus iniciales más arriba. La persona que conversará sobre las opciones de planes con usted trabaja para un plan de medicamentos con receta o plan de atención médica de Medicare que no es el gobierno federal, y puede que reciba una remuneración en función de su inscripción en el plan. Al firmar este documento, usted NO estará obligado a inscribirse en un plan, su condición de inscripción actual o futura de Medicare no resultará afectada y tampoco será inscripto automáticamente en el (los) plan(es) sobre el (los) que haya conversado.

Al brindar mi número telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes de Medicare Supplement (Medigap) o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluya números de dispositivos móviles). Estas llamadas podrán ser realizadas mediante el uso de tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir las llamadas como condición para efectuar una compra.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA	
Teléfono del beneficiario (opcional):	
Firma	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y aclare su firma en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	Agente NPN:
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
La documentación del Alcance de Cita (SOA, por su sigla en inglés) está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS	
Si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, brinde una explicación sobre por qué el SOA no se documentó antes de la reunión:	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc. CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., CareFirst Advantage DSNP, Inc., CareFirst Community Partners, Inc., CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia, First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS[®], BLUE SHIELD[®] y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.