



Alcance de la confirmación de la cita de ventas

Los centros para Servicios Medicare y Medicaid requiere agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas cara a cara para asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o de sus representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Iniciales a continuación junto al tipo de producto (s) que desea que el agente para discutir	
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Planes de Medicare Advantage (indicar más abajo con iniciales)
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Planes de medicamentos recetados de Medicare independiente
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de la dental/visión/audición
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de accidente y enfermedad crítica
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de Medicare (Medigap) del suplemento
<input type="checkbox"/>	Medicare Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): Un Plan Medicare Advantage (Ventaja) que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. PPO tiene hospitales y médicos de la red pero también puede utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	Organización de mantenimiento de salud de Medicare (HMO): Un Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. En la mayoría de las HMO, sólo se puede obtener su cuidado de los médicos o los hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/>	Con necesidades especiales de Medicare Plan (SNP): Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales. Los grupos específicos atendidos algunos ejemplos de personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	Plan Medicare de medicamentos recetados (PBP): Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados de Medicare Original, algunos planes de costo de Medicare, algunos planes privados de Medicare Fee for Service y planes de cuenta de ahorros médicos Medicare.
<input type="checkbox"/>	Plan privado de Medicare Fee-For-Service (PFFS): Un Plan de Medicare Advantage en el que usted puede ir a cualquier médico aprobados por Medicare, el hospital y el proveedor que acepta del plan pago, términos y condiciones y se compromete a tratar – no todos los proveedores de la voluntad. Si te unes a un Plan PFFS que cuenta con una red, puede ver cualquiera de los proveedores de red que acordaron tratar siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para ver los proveedores fuera de la red.
<input type="checkbox"/>	Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare: Planes de MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan de depósitos de dinero de Medicare en la cuenta. Se puede utilizar para pagar sus gastos médicos hasta que se cumple su deducible.
<input type="checkbox"/>	Costo de Medicare Plan de: en un costo de Medicare Plan, le puede ir a proveedores de ambos en y hacia fuera de red. Si te obtener servicios fuera de de el plan red, su Cubiertos por Medicare servicios va a ser pagado para bajo Medicare Original pero a ser responsable de Coseguro de Medicare y deducibles.

Al firmar este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que rubricó.

Tenga en cuenta, la persona que discutirá los productos empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajo directamente para el Gobierno Federal. Este individuo también pueden pagarse basado en su inscripción en un plan.

Firmar este formulario no obliga a inscribirse en un plan, afectan su inscripción actual o inscribirle en un plan de Medicare.

Firma de representante autorizado o beneficiario y la fecha de firma:

FIRMADA: _____ **FECHA:** _____

Si eres el representante autorizado, por favor firme arriba e imprimir a continuación:

Nombre del representative: _____

Su relación con el beneficiario: _____

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono beneficiario (opcional):
Dirección de beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto:	
Firma del agente:	
Plan(s) el agente representado en esta reunión:	
Fecha cita completado	
[Plan de uso]	

* Alcance de la documentación del nombramiento está sujeto a requisitos de retención de registros CMS*

Agente: Tenga en cuenta - si el beneficiario firma el formulario en el momento de la cita, explicar por qué SOA no fue documentado antes de la reunión

Planes de salud de ATRIO tiene planes PPO y HMO D-SNP con un contrato de Medicare. Inscripción en los planes de salud de ATRIO depende de la renovación de contrato.