

Alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*) requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing* antes de cualquier reunión individual de ventas para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información brindada en este formulario es confidencial y cada persona con Medicare o su representante autorizado debe completar el formulario.

Escriba sus iniciales a continuación al lado de los tipos de productos sobre los que desea que el agente hable.

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

- Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**
- Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo**
- Productos dentales/de la vista/de la audición**
- Productos de indemnización por hospitalización**
- Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que esta persona reciba una remuneración en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario **NO** le obliga a inscribirse en un plan ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare ni le inscribe automáticamente en los planes analizados.

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 escriba su nombre abajo:

Nombre del representante:

Relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método de contacto inicial: (Indicar aquí si el beneficiario no tenía cita previa).

Firma del agente:

Planes que el agente presentó durante esta reunión:

Fecha en que se llevó a cabo la cita:

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el alcance de la cita (*Scope of Appointment, SOA*) antes de la reunión:

*La documentación del Alcance de la cita está sujeto a los requisitos de conservación de registros de los CMS.

Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)
Plan de medicamentos recetados (<i>Prescription Drug Plan, PDP</i>) de Medicare: Un plan de medicamentos independiente que agrega la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos Planes de costo de Medicare, algunos Planes privados de tarifa por servicio de Medicare y Planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare.
Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo
Organización para el Mantenimiento de la Salud (<i>Health Maintenance Organization, HMO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted puede obtener atención únicamente de médicos u hospitales que están dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).
Plan de Organización de Proveedores Preferidos (<i>Preferred Provider Organization, PPO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero usted puede usar los proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más elevado.
Plan privado de tarifa por servicio (<i>Private Fee-For-Service, PFFS</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y acceda a atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se une a un Plan PFFS que dispone de una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores dentro de la red que han acordado atender siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.
Plan de Punto de servicio (<i>Point of Service, POS</i>) de Medicare: Un tipo de Plan 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 en una HMO, los miembros deben designar a un médico dentro de la red como su proveedor de atención médica primaria. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.
Plan de necesidades especiales (<i>Special Needs Plan, SNP</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Ejemplos de los grupos específicos a los que se le brinda atención son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en hogares para el cuidado de personas mayores y que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.
Plan de cuenta de ahorros médicos (<i>Medical Savings Account, MSA</i>) de Medicare: Los Planes MSA combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.
Plan de costo de Medicare: En un Plan de costo de Medicare, usted puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán en virtud de Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.
Plan Medicaid-Medicare (<i>Medicare Medicaid Plan, MMP</i>): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para brindar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para los beneficiarios de Medicare con 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 relacionados con Medicare.
Productos de indemnización por hospitalización
Planes que ofrecen beneficios adicionales, que deben pagar los consumidores en función del uso de los servicios médicos; a veces se utilizan para pagar los copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.
Productos complementarios de Medicare (Medigap)
Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir las “brechas” de la cobertura de Original Medicare. Una póliza de Medigap suele pagar una parte o la totalidad de los montos de los deducibles y coseguros aplicables a los servicios cubiertos por Medicare, y, a veces, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención en el extranjero. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

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