

# Formulario de confirmación del alcance de la cita

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

Marque el tipo de producto/s que desea analizar con el agente.

\_\_\_\_\_ Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un Plan Medicare Advantage que provee toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solo puede recibir atención de los médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

\_\_\_\_\_ Plan para necesidades especiales de Medicare (Medicare Special Needs Plan, SNP): plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de los grupos específicos a los que se prestan servicios incluyen personas con Medicare y Medicaid, personas que residen en un hogar para personas mayores o personas con ciertas afecciones médicas crónicas.

**Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con el agente de ventas para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente.** Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por el plan de Medicare. Ellos no trabajan de forma directa para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir su paga en función de que usted se inscriba en un plan.

La firma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan ni implica quedar inscripto en un plan de Medicare, así como tampoco afecta su inscripción actual.

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y escribir en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Su relación con el beneficiario \_\_\_\_\_

<b>PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE **Todos los campos son obligatorios.**</b>	
Nombre del agente:	Número de teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Domicilio del beneficiario:	
Método inicial de contacto: (es decir, teléfono, cita, etc.)	Tipo de producto discutido:
Firma del agente:	Fecha de la cita:

**\* La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).**

**Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, detalle el motivo por el cual el alcance de la cita (Scope of the Appointment, SOA) no se documentó antes de la reunión.**

---



---

**Se requiere un nuevo SOA si, durante la cita, el beneficiario solicita información sobre un tipo de plan diferente al acordado previamente.**

---

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar su Medicaid.

**ATENCIÓN:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 303-602-2111 or 1-877-956-2111 (TTY 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para obtener más información llame al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).