



Formulario de confirmación de concertación de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services) requieren que los agentes de ventas documenten la concertación de la cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas personal para garantizar la comprensión de lo que el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) tratarán en dicha reunión. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y cada persona debe completarla con la ayuda de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales junto al tipo de producto sobre el que desea conversar con el agente.

<input type="checkbox"/>	Los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Partes C y D)
Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, Health Maintenance Organization) de Medicare: es un plan Medicare Advantage que brinda cobertura Original Medicare de la Parte A y la Parte B y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo se puede obtener atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).	
Plan de punto de servicio de Medicare (HMO-POS): es un tipo de plan Medicare Advantage disponible en áreas locales o regionales que combina las mejores características de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que la HMO, se solicita a los miembros que designen un médico de la red para que sea su proveedor de atención médica primaria. Puede consultar a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.	
<input type="checkbox"/>	Plan odontológico complementario opcional
Aspire Health Plan ofrece cobertura opcional para clientes que buscan buenos beneficios dentales. Esta cobertura adicional no está patrocinada por ni asociada a Medicare.	

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos junto a los cuales escribió sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona con la que conversará sobre los productos es empleado de un plan de Medicare o miembro del personal contratado por dicho plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Además, esta persona podría recibir pagos si usted se inscribe en un plan.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, NO afecta su inscripción actual ni la inscripción en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o el representante autorizado, y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:



Si usted es un representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante: _____

Relación con el beneficiario: _____

Envíe este formulario a:

Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

Para que complete el agente:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario (opcional):
Dirección del beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto: (Indicar aquí si el beneficiario concurrió sin cita previa).	
Firma del agente:	
Planes que presentó el agente durante la reunión:	
Fecha en que se completó la cita:	
[Únicamente para uso del plan:]	

** La documentación de concertación de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS.**

Agente: si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, proporcione una explicación sobre la razón por la cual no se documentó la concertación de la cita antes de la reunión: