



ASPIREHEALTHPLAN

Formulario de confirmación de temas para la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requieren que los agentes de ventas documenten los temas que tratarán en las citas de ventas antes de las reuniones. Esto se hace para dejar en claro de qué hablará el agente con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Ponga abajo sus iniciales junto al tipo de producto(s) que desea que el agente le hable.

Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (Parte C y D)

Organización de mantenimiento de la salud de Medicare (HMO por sus siglas en inglés) — un plan de Medicare Advantage que proporciona cobertura de salud de la Parte A y la Parte B del plan original de Medicare y cubre a veces cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los HMO, sólo puede obtener sus cuidados de salud por parte de los médicos u hospitales en la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de Punto de Servicio de Medicare (HMO-POS) — Un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores características de un HMO con un beneficio de fuera de la red. Al igual que en un HMO, los miembros están obligados a designar a un médico dentro de la red para que sea el proveedor de atención primaria de salud. Se puede usar doctores, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Dental / Visión / Productos Auditivos

Aspire Health Plan ofrece cobertura opcional para los consumidores que buscan beneficios dentales, de visión y auditivos mejorados. Esta cobertura adicional no está afiliada ni endosada por Medicare.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que indicó arriba con sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es empleada de un plan de Medicare o tiene contrato con este. Dicha persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Este individuo también puede que sea pagado en base a su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO lo inscribe ni lo obliga a inscribirse en un plan de Medicare, y no modifica su inscripción actual.

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

Firma

Fecha de la firma