



Formulario de confirmación de temas para la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes de ventas documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar la comprensión de lo que se tratará entre el agente y 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 platique.

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 Medicare Original y cubre a veces cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solamente 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 para la audición

Aspire Health Plan ofrece cobertura opcional para los consumidores que buscan beneficios dentales, de visión y para la audición 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.

No hay obligación de inscribirse, el estado de inscripción actual o futura de Medicare no se verá afectado y no se producirá la inscripción automática.

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

Firma

Fecha de la firma



Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y escriba con letra de molde a continuación:

Nombre del representante: _____

Relación con el beneficiario: _____

Por favor devuelva este formulario a:

Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

A ser completado por el agente:

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Nombre del agente: | Teléfono del agente: |
| Nombre del beneficiario: | Teléfono del beneficiario (opcional): |

Dirección del beneficiario (opcional):

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

Firma del agente:

Plan(es) representado(s) por el agente durante esta cita:

Fecha en que se llevó a cabo la cita:

[Para uso del plan únicamente:]

** La documentación de los temas para la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS **

Agente: si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué el Formulario de temas para la cita no fue documentado antes de la reunión: