

Formulario de confirmación del Alcance de la Cita



Instrucciones: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen a los agentes de seguros documentar el alcance de una cita de marketing personal antes de cualquier reunión de ventas individual a fin de garantizar que ambas partes comprendan los productos que se tratarán. Toda la información es confidencial.

Coloque sus iniciales a continuación al lado del tipo de producto(s) que desea que el agente analice. (Consulte la página 2 para leer las descripciones de los tipos de productos)	
_____ Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad de Medicare Advantage	
Al firmar este formulario, acepta realizar una reunión con un agente de ventas para analizar los tipos de productos que indicó al colocar sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos es empleada o contratada por Community Health Choice. No trabaja directamente para el Gobierno federal. Además, es posible que a esta persona le paguen dependiendo de si usted se inscribe en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción vigente o futura ni lo inscribe en un plan de Medicare.	
Firma y fecha de la firma del beneficiario o del representante legal:	
Firma:	Fecha de la firma:
Si usted es el representante legal, firme y escriba su nombre en letra imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Relación que lo une al beneficiario:
A completar por el agente:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
NPN del agente:	
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Método de contacto inicial: ☐ Presentación sin cita previa ☐ Llamada entrante ☐ Llamada saliente ☐ Evento educativo ☐ En línea	
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	
Firma del agente:	Fecha en la que se completó la cita:
Método del Alcance de la Cita: ☐ Copia impresa ☐ Electrónico ☐ Grabación telefónica	

Nota: Este Alcance de la Cita es válido por 12 meses a partir de la fecha de la firma del beneficiario o de la fecha de la solicitud inicial, según corresponda, y únicamente para la línea de productos

documentada anteriormente. Se requiere un nuevo Alcance de la Cita antes de hablar sobre cualquier línea de productos adicional que no se haya seleccionado. La documentación del Alcance de la Cita debe conservarse durante un mínimo de 10 años de conformidad con las directrices de los CMS.

Community Health Choice Texas, Inc. es una organización Medicare Advantage HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y del contrato con el Programa Estatal de Medicaid.

Planes de medicamentos recetados de Medicare por separado (Parte D)
Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP): Un plan de medicamentos por separado que suma cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.
Planes de Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos
Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO): Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, en ocasiones, cubre los medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales que se encuentran dentro de la red del plan (excepto en emergencias).
Plan de organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO): Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, en ocasiones, cubre los medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero usted también puede utilizar los proveedores no pertenecientes a la red, generalmente, por un costo mayor.
Plan privado de pago por servicio de Medicare (PFFS): Un plan de Medicare Advantage en el cual puede ir a cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderlo (no todos los proveedores lo harán). Si se suscribe a un plan de PFFS que cuente con una red, puede ver a cualquiera de los proveedores de la red que han aceptado atender siempre a miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a los proveedores no pertenecientes a la red.
Plan de punto de servicio de Medicare (POS): Un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio no perteneciente a la red. Como con la HMO, los miembros deben designar un médico perteneciente a la red para que sea su proveedor de atención médica primaria. Puede usar médicos, hospitales y proveedores no pertenecientes a la red por un costo adicional.
Plan de necesidades especiales de Medicare (SNP): Un plan de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios designado a personas con necesidades de atención médica especiales. Entre los ejemplos de los grupos específicos atendidos se incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares para ancianos y personas que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.
Plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA): Los planes de MSA combinan un plan de salud con deducibles altos con una cuenta bancaria. El plan deposita en la cuenta dinero de Medicare, que usted puede utilizar para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.
Plan de costos de Medicare: En un plan de costos de Medicare, usted puede atenderse con proveedores que pertenecen y que no pertenecen a la red. Si recibe servicios por fuera de la red del plan, Original Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare, pero usted será el responsable de pagar los coseguros y deducibles de Medicare.
Plan de Medicare-Medicaid (MMP): Un MMP es un plan privado de salud diseñado para proporcionar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para beneficiarios de Medicare con doble elegibilidad.
Productos dentales, de la vista y de la audición
Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que esperan cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare.
Productos de indemnización hospitalaria
Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a consumidores de acuerdo con su utilización médica; a veces, se utilizan para sufragar los copagos o los coseguros. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare.

Productos suplementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza suplementaria para cubrir “brechas” en la cobertura de Original Medicare. Una póliza Medigap, generalmente, paga algunos o todos los importes de los deducibles y coseguros que corresponden a los servicios cubiertos por Medicare y, a veces, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención médica en el extranjero. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare.