



Confirmación del Alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de ventas antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar que se entienda lo que se analizará 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 sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el que desea que hable el agente.

Planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados (parte C) de Clever Care

_____ **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

_____ **Plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) de Medicare:** un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Entre los grupos específicos a los que se prestan servicios, se incluyen las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma:

Fecha:

____ M ____ M / ____ D ____ D / ____ Y ____ Y ____ Y ____ Y

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete abajo.

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

SECCIÓN DEL AGENTE: Devuelva este formulario junto con la solicitud de inscripción completa

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

(_____) _____ - _____

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario (opcional):

(_____) _____ - _____

Dirección del beneficiario:

Indique el método de contacto: ☐ Evento de ventas ☐ Sin cita previa ☐ Llamada entrante
☐ Tarjeta de permiso para llamar

Si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó antes de la reunión:

Firma del agente:

Fecha de finalización de la cita:

____ M ____ M / ____ D ____ D / ____ Y ____ Y ____ Y ____ Y

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.

H7607_26_CM1307_C 07142025 Sales