

# Prominence<sup>®</sup>

## Health Plan

### ALCANCE DEL FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE LA CITA DE VENTAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas cara a cara para garantizar la comprensión de lo que se discutirá 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.

**POR FAVOR, COLOQUE LAS INICIALES A CONTINUACIÓN JUNTO AL/LOS TIPO(S) DE PRODUCTO(S) QUE DESEA QUE EL AGENTE TRATE.**

Planes Medicare Advantage (Parte C) y Costos de los Planes

Planes Independientes de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)

Al firmar este formulario, acepta una reunión con un agente de ventas para analizar los tipos de productos que indicó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos es un empleado o está contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir pagos en función de su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, ni afectar su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

#### Firma del beneficiario o representante autorizado y Fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es un representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre a continuación:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

#### Para ser completado por el representante del plan:

Nombre del representante del plan:

Número de teléfono del representante del plan:

Nombre del beneficiario:

Número de teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método inicial de contacto: (indicar si el beneficiario llegó sin cita previa).

Firma del representante del plan

Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:

Fecha en la que se completó la cita:

Representante del plan, si el formulario fue firmado por el beneficiario al momento de la cita, brinde una explicación de por qué no se documentó SOA antes de la reunión:

(Solo para uso del plan)

Número de solicitud:

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

## PLANES MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

**Organización de 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, a veces, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede obtener su atención médica de parte de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

**Organización de Proveedor Preferido 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, a veces, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores que no pertenecen a la red, generalmente con un costo mayor.

## PLANES INDEPENDIENTES DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

**Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP):** un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes de tarifa privada de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.

Prominence Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en el Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Prominence Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-969-5882 (TTY 711).