

# Formulario de confirmación de temas para la cita de ventas

Los CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) requieren que los agentes 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). La información que se brinde en este formulario será confidencial. Deben completarlo todas las personas con Medicare o sus representantes autorizados.

**A continuación, ponga sus iniciales al lado de cada tipo de producto del cual desea que el agente le hable.**

(Consulte las descripciones de los tipos de productos en la página 2).

**Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)**

**Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos de Medicare**

**Productos dentales/de visión/de audición**

**Productos de salud complementarios**

**Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

**Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos en los que puso sus iniciales más arriba.**

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. Es posible que se le pague a esta persona según si usted se inscribe en el plan. Firmar este formulario **NO** lo inscribe ni lo obliga a inscribirse en un plan de Medicare, y no modifica su inscripción actual o futura.

<b>Firma del beneficiario o de su representante autorizado, y fecha de la firma:</b>	
Firma:	Fecha de la firma:
<b>Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre en letra de imprenta abajo:</b>	
Nombre del representante:	Relación con el beneficiario:

<b>Lo siguiente debe ser completado por el agente:</b>	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Domicilio del beneficiario:	
Método de contacto inicial: (Indique aquí si el beneficiario no tenía cita previa).	
Firma del agente:	
Plan(es) que el agente describió durante la reunión:	Fecha en que se realizó la cita:
<b>[Para uso del plan únicamente:]</b>	
Agente: Si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué los temas que se hablaron no fueron documentados antes de la reunión:	

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

*Aetna Medicare es un plan PDP, HMO o PPO que tiene contrato con Medicare.  
Nuestros planes para necesidades especiales también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.*

## Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan PDP (Prescription Drug Plan, plan de medicamentos con receta) de Medicare:** Un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura de medicamentos con receta a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare.

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos de Medicare

**Plan HMO (Health Maintenance Organization, organización para el mantenimiento de la salud) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare, y a veces también cubre los medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted puede obtener atención únicamente de los médicos y hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencias).

**Plan PPO (Preferred Provider Organization, organización de proveedores preferidos) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare, y a veces también cubre los medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

**Plan PFFS (Private Fee-for-Service, privado de pago por servicio):** Un plan Medicare Advantage en el cual usted puede visitar a médicos, hospitales y proveedores aprobados por Medicare que acepten el pago, los términos y las condiciones del plan, y acepten brindarle tratamiento, aunque no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, podrá visitar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado brindar tratamiento a los miembros del plan siempre. Generalmente pagará más cuando visite a proveedores fuera de la red.

**Plan POS (Point of Service, punto de servicio) de Medicare:** Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina lo mejor de un plan HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que con un plan HMO, los miembros deben designar a un médico dentro de la red para que sea su proveedor de atención primaria. Usted puede visitar a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red pagando un costo adicional.

**SNP (Special Needs Plan, plan para necesidades especiales) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage con un paquete de beneficios para personas con necesidades especiales de atención de salud. Por ejemplo, se prestan servicios a los siguientes grupos: personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en hogares de ancianos y personas con determinadas enfermedades crónicas.

**Plan de MSA (Medical Savings Account, cuenta de ahorros médicos) de Medicare:** Los planes de MSA combinan un plan de salud con deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede utilizarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare:** En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán a través de Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.

**MMP (plan Medicare-Medicaid):** Un MMP es un plan de salud privado destinado a brindar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para beneficiarios con doble elegibilidad.

## Productos dentales/de visión/de audición

Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que buscan cubrir sus necesidades dentales, de visión o de audición. Estos planes no están afiliados a Medicare ni relacionados con este.

## Productos de salud complementarios

Planes que ofrecen beneficios adicionales. Son pagaderos a los consumidores conforme a la utilización médica. Algunas veces se utilizan para costear copagos/coseguro. Estos planes no están afiliados a Medicare ni relacionados con este.

## Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir las “brechas de cobertura” de Original Medicare. Una póliza de Medigap normalmente paga una parte o la totalidad de los montos de deducible y coseguro que corresponden a los servicios cubiertos por Medicare, y a veces cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención fuera del país. Estos planes no están afiliados a Medicare ni relacionados con este.

