



Confirmación del Alcance de la Cita (Scope of Appointment - SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los agentes de ventas con licencia documenten el alcance una cita de marketing* entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) antes de cualquier reunión de ventas individual cara a cara o telefónica. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial. Se debe completar un formulario por separado para cada beneficiario elegible de Medicare o su representante autorizado. Se requiere un nuevo alcance de nombramiento (SOA) si el beneficiario (o su representante autorizado) solicita información sobre un tipo de plan diferente al acordado anteriormente.

Ponga sus iniciales a continuación junto al tipo de producto (s) que desea que el agente discuta.

Planes Medicare Advantage (Parte C)	
☐	Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO): Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, cubre 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 de Medicare (C-SNP): UN PLAN Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Los ejemplos de los grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, acepta una reunión con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que rubricó anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que discutirá los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el gobierno federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, afectar su inscripción actual o futura en Medicare o inscribirlo automáticamente en los planes discutidos.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma	
Firma:	Fecha de firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba e imprima a continuación	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

A completar por el agente	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Firma del agente:	FMO:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	MBI beneficiario:
Método inicial de contacto:	
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	Fecha de finalización de la cita:
Si corresponde, proporcione la explicación de por qué no se firmó la SOA antes de la reunión: (sin cita previa, asistente no planificado, etc.)	



** Confirmación del Alcance de la Cita está sujeto a los requisitos de retención de registros de CMS. Imperial Health Plan es un (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*