Keystone First
VIP Choice®

Formulario de confirmación de alcance del encuentro

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes documenten el alcance de un encuentro de marketing antes de cualquier reunión de venta presencial para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información brindada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales al lado del tipo de productos que quiere que el agente mencione.

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

Plan de medicamentos de receta (PDP) de Medicare: un plan de medicamentos independiente que añade la cobertura de medicamentos de recetas a original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de tarifas por servicios de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.

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

_____ **Organización de mantenimiento de la salud de Medicare (HMO)**: un plan de 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 con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solo puede recibir su atención de médicos u hospitales de la red del plan **(excepto en casos de emergencia)**.

_____ **Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare**: un plan de Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de original Medicare y, a veces, cubre medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero también usted puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general a un costo más alto.

_____ **Plan privado de pago por servicio (PFFS)**: un plan Medicare Advantage en el cual usted puede ir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y condiciones del plan y que acuerde brindarle tratamiento, algo que no todos los proveedores harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tenga una red, puede ver a cualquiera de los proveedores de la red que han acordado siempre tratar a los miembros del plan. Por lo general, usted pagará más para ver a los proveedores fuera de la red.

_____ **Plan de necesidades especiales (SNP) de Medicare**: un plan de Medicare Advantage que cuenta con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Los ejemplos de los grupos específicos a los que se presta servicio incluyen personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

_____ **Plan médico de cuenta de ahorros (MSA) de Medicare**: los planes MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se cumpla su deducible.

_____ **Plan de costos de Medicare**: en un plan de costos de Medicare, puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, original Medicare pagará por sus servicios cubiertos, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.

Al firmar este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que usted ha indicado con iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. **No** trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que además esta persona reciba un pago en base a su inscripción en un plan.

La firma de este formulario **no** obliga a que se inscriba en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:

Firma: _____ Fecha de la firma: _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante: _____

Su relación con el beneficiario:_____

To be completed by agent:

Agent name:
Agent phone:
Beneficiary name:
Beneficiary phone:
Beneficiary address:
Initial method of contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in.)
Agent's signature:
Plans the agent represented during this meeting:
Date appointment completed:

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

Keystone First VIP Choice es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Pennsylvania. La inscripción en Keystone First VIP Choice depende de la renovación del contrato.

COVERAGE BY **VISTA HEALTH PLAN, INC.**

Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

125158 (7/25)