

Clover Health

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) les exigen a los agentes que documenten el alcance de una cita de marketing antes de una reunión de ventas en persona para garantizar la comprensión de lo que se analizará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información provista en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Marque el tipo de productos que desea analizar con el agente.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare

Un plan Medicare Advantage que proporciona 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. Los PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero también puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general a un costo más alto.

Plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare

Un plan Medicare Advantage que proporciona 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 los HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para analizar los tipos de productos que ha marcado anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está 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, no afecta su condición de inscripción actual o futura, ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma (el beneficiario o el representante autorizado):

Fecha:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información:

Nombre:

Relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente: (____)____-____

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario: (____)____-____

Domicilio del beneficiario:

Método inicial de contacto (indicar aquí si la reunión fue sin cita previa):

Firma del agente:

Planes que el agente presentó durante esta reunión:

Fecha en que se realizó la cita:

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

Agente: si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique a continuación el motivo por el que el SOA no se documentó antes de la reunión.

Clover Health cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina a las personas por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-877-618-8110 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Este, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover, excepto en situaciones de emergencia. Para decidir si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos solicite una determinación de la organización previa al servicio. Llame al número de servicio al cliente o consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.