Florida Blue | MEDICARE

Reunión con el agente de ventas
Formulario de confirmación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten la obtención de información de mercadeo antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar que se entienda 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.

Escriba sus iniciales al lado del(los) producto(s) que desea discutir con el agente.

_____ ☐ **Planes independientes de medicinas recetadas de Medicare (Parte D)**
Plan de medicinas recetadas de Medicare (PDP) - Un plan independiente de medicinas que añade cobertura para medicinas recetadas a Medicare Original, a algunos Planes de costo de Medicare (Medicare Cost Plans), algunos Planes privados de tarifas por servicio prestado (Private-Fee for Service Plans) de Medicare, y algunos Planes de cuentas de ahorros para gastos médicos (Medical Saving Account Plans) de Medicare.

_____ ☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo**
Un Plan de organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare es un tipo de plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y a veces ofrece cobertura de la Parte D para medicinas recetadas. En la mayoría de los planes HMO, usted sólo puede recibir servicios por parte de médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan (con excepción de una situación de emergencia).
Un Plan de organización de proveedores preferentes (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare es un tipo de plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y a veces ofrece cobertura Parte D para medicinas recetadas. Los planes PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, normalmente a un costo mayor.
Plan privado de tarifas por servicio prestado de Medicare (PFFS) – Un Plan de Medicare Advantage con el que puede ir a cualquier Médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte los términos y condiciones de pago del plan y se compromete a atenderlo; no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede escoger cualquiera de los proveedores de la red que han acordado tratar a los miembros del plan. Por lo general, pagará más si consulta a proveedores fuera de la red.
Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare – Un Plan Medicare Advantage que ofrece un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Por ejemplo, las personas que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en centros de enfermería especializada y las que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare – Los Planes MSA son planes de salud con deducible alto combinados con una cuenta bancaria. El plan deposita el dinero de Medicare en una cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se cumpla su deducible.
Plan de Costos de Medicare (Medicare Cost Plan) – En un Plan de costos de Medicare, usted puede consultar a los proveedores dentro y fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare serán pagados por Medicare Original, pero usted será responsable de pagar el coseguro y los deducibles de Medicare.

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en reunirse con un agente de ventas para discutir los productos que firmó con sus iniciales. La persona que analizará los productos con usted es empleado o contratado por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno Federal. Esta persona recibe pagos en base a su inscripción en un plan.

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

Firma del beneficiario o representante autorizado y Fecha en que se firmó:

Firma: _____

Fecha en que se firmó: _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba a continuación:

Nombre del representante: _____

Relación con el beneficiario: _____

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario (opcional):
Domicilio del beneficiario (opcional):	
Plan(es) que el agente representó en esta reunión:	
Fecha de la cita:	
Para uso exclusivo del plan:	
Método de contacto inicial: (Indique aquí si el beneficiario era una consulta sin cita previa.)	
Firma del agente:	

Los documentos para la obtención de información están sujetos a los requisitos de retención de registros de CMS

Blue Cross and Blue Shield of Florida, cuyo nombre comercial Florida Blue, ofrece cobertura de salud. La cobertura HMO es ofrecida por Florida Blue Medicare Inc., que es un afiliado de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Reunión con el agente de ventas
Formulario de confirmación

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por escrito por qué el formulario SOA no fue documentado antes de la reunión:

Florida Blue es un Plan PPO, RPPO y Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. Florida Blue Medicare es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue o en Florida Blue Medicare depende de la renovación del contrato.

Y0011_33320S 0719 C: 07/2019