

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los Representantes de ventas autorizados documenten el alcance de la cita antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar una comprensión de lo que se discutirá entre el Representante de ventas autorizado y el Beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Se debe usar un formulario por separado para cada beneficiario de Medicare. Marque sobre lo que desea discutir con su Representante de ventas autorizado.

**INDIQUE LOS PRODUCTOS SOBRE LOS CUALES ACEPTA DISCUTIR
MARCANDO LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES:**

- Plan de Necesidades Especiales de Medicare (Special Needs Plan, HMO 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.

- Medicaid Advantage Plus o MAP (HMO SNP): Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica.** Un plan MAP es un tipo de Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado combinado con un tipo de plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid (Medicaid Managed Long-Term Care, MLTC) diseñado para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid completo y que necesitan una cierta cantidad de servicios de atención a largo plazo basados en la salud y la comunidad, como atención domiciliaria y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, abarca la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.** En la mayoría de las HMO, solo puede obtener su atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto ante emergencias).

Al firmar este formulario, acepta una reunión con un Representante de ventas autorizado para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente. Tenga en cuenta que el Representante de ventas autorizado que analizará los productos es empleado de o está contratado por MetroPlus Health Plan, y 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 inscripción actual o futura, ni lo inscribe en un plan de Medicare. Toda la información que se proporciona en este formulario es confidencial. Los Representantes de ventas autorizados no trabajan directamente para el gobierno federal.

La documentación del Alcance de la cita no está sujeta a los requisitos sobre el mantenimiento de registros de los CMS.

MetroPlus Health Plan, Inc. es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan tiene un contrato con New York State Medicaid para MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo. **ATTENTION: if you speak Spanish, free language assistance services are available to you. Call 1-866-986-0356 (TTY: 711).** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-986-0356 (TTY: 711)。

FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA:

Nombre del solicitante en imprenta

Firma del solicitante

Fecha

Si usted es el representante autorizado, complete, firme e imprima claramente a continuación:

Su relación con el beneficiario: _____

Nombre del representante autorizado en imprenta

Firma del representante autorizado

Fecha

A SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE DE VENTAS AUTORIZADO (EN LETRA DE IMPRENTA CLARA):

Nombre del Representante de ventas autorizado (nombre, apellido): _____

N.º de teléfono del Representante de ventas autorizado: _____

N.º de identificación del Representante de ventas autorizado: _____

Nombre del beneficiario (nombre, apellido): _____

N.º de teléfono del beneficiario (opcional): _____

Fecha en la que se completará la cita: _____

Dirección del beneficiario (opcional): _____

Método de contacto inicial: _____

Firma del Representante de ventas autorizado

Fecha