

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 (HMO D-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 D-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 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. El representante de ventas autorizado no trabaja directamente con el gobierno federal.**

El documento Alcance de la cita está sujeto a los requisitos de retención de registros de los CMS.

MetroPlus Health Plan, Inc. es un plan HMO, HMO D-SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York para MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). **MetroPlusHealth no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare.** La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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 letra de 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 solicitante en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

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

Nombre del representante de ventas autorizado (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

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 realizará la cita: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario (opcional): \_\_\_\_\_

Método de contacto inicial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante de ventas autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*