



Confirmación del Alcance de la Cita (SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes de ventas con licencia documenten el alcance de

una cita de mercadeo (SOA)* entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) antes de cualquier reunión de ventas individual, en persona o por teléfono. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial. Se debe completar un formulario por separado para cada beneficiario elegible para Medicare o su representante autorizado. Se requiere un nuevo SOA si el beneficiario (o su representante autorizado) solicita información sobre un tipo de plan distinto al acordado previamente.

Ponga sus iniciales a continuación junto al tipo de producto(s) que desea que el agente le explique.

Planes Medicare Advantage (Parte C)	
☐	Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO): Un plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, en algunos casos, la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan (excepto en emergencias).
☐	Plan de Necesidades Especiales de Medicare (C-SNP): Un plan Medicare Advantage con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de los grupos específicos atendidos son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las personas que residen en hogares de convalecencia y las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que marcó con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona que le explicará los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago según su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura en Medicare, ni lo inscribe automáticamente en el plan o los planes que se hayan comentado.

Firma y fecha de firma del beneficiario o del representante autorizado	
Firma:	Fecha de firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde abajo	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Firma del agente:	FMO:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	MBI del beneficiario:
Método inicial de contacto:	
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
Si corresponde, explique por qué el SOA no se firmó antes de la reunión: (visita sin cita, asistente no previsto, etc.)	

**La documentación del Alcance de la Cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS. Imperial Health Plan es un (HMO) (HMO SNP) con contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.*

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Imperial no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También hay disponibles, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor.