



Formulario de confirmación de concertación de la cita de ventas (SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten la concertación de la cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas personales para garantizar la comprensión de lo que el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) tratarán en dicha reunión. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona con la ayuda de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales junto al tipo de producto sobre el que desea conversar con el agente.

☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C)**

Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO): es un plan Medicare Advantage que brinda cobertura Original Medicare de la Parte A y la Parte B y, en ocasiones, ofrece cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, sólo se puede obtener atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Al firmar este formulario, usted acepta asistir a una reunión con un agente de ventas para conversar sobre los tipos de productos que se marcaron con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona con la que conversará sobre los productos es empleado de un plan de Medicare o es miembro del personal contratado por dicho plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Además, es posible que esta persona reciba un pago en función de su inscripción en un plan. **Firmar este formulario NO genera la obligación de que se inscriba en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.**

Firma del beneficiario o del representante autorizado, y fecha de la firma.

Firma: _____ **Fecha de la firma:** _____

Si usted es un representante autorizado, firme arriba y escriba en letra imprenta a continuación:

Nombre del representante: _____

Relación con el beneficiario: _____

Para que complete el agente:

Nombre del agente:	ID:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:		Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:		
Planes presentados durante esta reunión (marca todos que aplica): ☐ Plan 001 ☐ Plan 006 ☐ Plan 012		
Método inicial de contacto: ☐ Walk-in Provider Center ☐ Walk-in Marketing Event ☐ Walk-in Business Appointment ☐ Inbound Call Plan Lead ☐ Inbound Call Provider Lead ☐ Consent-to-Contact Card ☐ Business Reply Notes: _____		
Firma del agente:		Fecha de la cita:
[Uso para la administrador solamente:]		

**El Formulario SOA se requiere para completar antes de todas las citas de ventas. La documentación del Formulario SOA está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS.*

HealthSun Health Plan es un plan de HMO con un contrato de Medicare. Inscripción en HealthSun Health Plan depende de la renovación de un contrato.