

# Formulario de confirmación del alcance de la cita



Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y cada persona con Medicare, o su representante autorizado, debe completarlo.

**Coloque sus iniciales a continuación con su consentimiento para hablar sobre el tipo de plan mencionado.**

**Medicare Advantage (Parte C) y Planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage**

**Plan de Necesidades Especiales de Medicare(D-SNP)** – Un tipo especial de Plan Medicare Advantage para las personas que son elegibles para Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Firmar este formulario NO lo(a) obliga a inscribirse en un plan, tampoco afecta su inscripción actual o futura ni lo(a) inscribirá automáticamente en un plan de Medicare.

**Firma y fecha de la firma de la persona beneficiaria o de la persona representante autorizada:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Hora de la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Si usted es la persona representante autorizada, firme arriba y llene lo siguiente en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona representante

\_\_\_\_\_  
Su relación con la persona beneficiaria

**El/la agente debe completar lo siguiente:**

Agent name:	Agent phone:
Beneficiary name:	Beneficiary phone:
Beneficiary address (optional)	
Initial method of contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in)	
Agents signature:	
Plan(s) the agent represented during this meeting:	
Date and time appointment completed:	
Plan use only:	

**\*Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements.\*** Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment, provide explanation why SOA was not documented prior to meeting: