



### Confirmación del Alcance de la Cita (Scope of Appointment Confirmation, SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) requieren que los agentes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de mercadotecnia\* entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) antes de tener una reunión de ventas en persona o por teléfono. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial. Cada beneficiario elegible de Medicare o su representante autorizado debe llenar un formulario por separado. Se requiere un nuevo alcance de la cita (SOA) si el beneficiario (o su representante autorizado) solicita información sobre un tipo de plan diferente al previamente acordado.

**Por favor, coloque sus iniciales al lado del tipo de producto(s) que desea que el agente trate en la reunión.**  
(Refiérase a los tipos de productos que se presentan a continuación)

Planes Medicare Advantage (Parte C y D)

Productos dentales/para la vista/auditivos

Al firmar este formulario, usted acepta tener una reunión con un agente de ventas para tratar la información sobre los tipos de productos que usted marcó con sus iniciales anteriormente. Por favor, tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleado o contratado por un plan de Medicare. Él/Ella no trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago si usted se inscribe en un plan. Firmar este formulario NO lo(a) obliga a inscribirse en un plan, NO afecta su inscripción actual o futura en Medicare NI lo(a) inscribe automáticamente en el/los plan(es) analizado(s).

| Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha en la que se firma  |                                  |
|---|----------------------------------|
| Firma:  | Fecha en la que se firma:        |
| Si usted es el representante autorizado, por favor, firme en la sección anterior y escriba la información solicitada a continuación |                                  |
| Nombre del representante:   | Su relación con el beneficiario: |
|   |                                  |

| Para ser llenado por el agente   |                             |
|--|-----------------------------|
| Agent Name:  | Agent Phone:                |
| Agent Signature:   | FMO:                        |
| Beneficiary Name:  | Beneficiary Phone:          |
| Beneficiary Address:   | Beneficiary MBI:            |
| Initial Method of Contact:   |                             |
|  |                             |
| Plan(s) the agent represented during this meeting:   | Date Appointment Completed: |
| If applicable, provide the explanation why the SOA was not signed prior to meeting: (walk-in, unplanned attendee etc.) |                             |
|  |                             |

| Planes Medicare Advantage (Parte C)  |
|--|
| <b>Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:</b><br>Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y, algunas veces, abarca la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de planes HMO, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto en emergencias). |



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

**Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:** Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de los grupos específicos que son atendidos incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en hogares para ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Planes dentales/para la vista/auditivos**

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir necesidades dentales, para la vista o auditivas. Estos planes no están ni afiliados ni conectados a Medicare.

*\* La documentación del Alcance de la Cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.*

*Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de 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 cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).*