



Scope of Appointment (SOA Form)

The Centers for Medicare and Medicaid Services requires agents to document the scope of a marketing appointment prior to any face-to-face sales meeting to ensure understanding of what will be discussed between the agent and the Medicare beneficiary (or their authorized representative). All information provided on this form is confidential.

Please initial below beside the product you agree to discuss with a licensed sales agent.

Medicare Advantage Plans (Part C) with Prescription Drug Coverage (Part D)

A Medicare Advantage Plan (Part C) covers all Part A and Part B services. Most Medicare Advantage Plans include prescription drug coverage (Part D). HealthSun Health Plans are Medicare Advantage HMO Plans with prescription drug coverage. In HMO Plans, you generally must get your care and services from doctors, other health care providers, or hospitals in the plan's network. You may also need to get a referral from your PCP to see other doctors or specialists.

By signing this form, you agree to meeting with a sales agent to discuss the product you initialed above. Please note, the person you will be meeting with is a licensed sales agent either employed or contracted by HealthSun Health Plans. The agent does not work for the Federal government. The agent may also be paid based on your enrollment in the plan. **Signing this form does NOT obligate you to enroll in our plan, your current or future Medicare enrollment status will not be impacted, and automatic enrollment will not occur.**

Beneficiary or Authorized Representative:

Signature: _____ **Date:** _____

Print Name: _____ **Phone Number:** _____

Address (optional): _____

If you are the authorized representative:

Relationship to the Beneficiary: _____

[For the agent to complete:]

Agent Name:	ID:	Agent Phone:
Agent Signature:		Appointment Date:
Plan(s) presented during this meeting: <input type="checkbox"/> SunPlus Advantage 001 <input type="checkbox"/> MediMax 006 <input type="checkbox"/> HealthAdvantage 012 <input type="checkbox"/> HealthAdvantage 013 <input type="checkbox"/> MediMax 014		
Initial Method of Contact: <input type="checkbox"/> 1 Walk-in Medical Center <input type="checkbox"/> 2 Walk-in Event <input type="checkbox"/> 3 Walk-in Appointment <input type="checkbox"/> 4 Inbound Call <input type="checkbox"/> 5 Plan Lead <input type="checkbox"/> 6 Business Reply <input type="checkbox"/> 7 Broker Referral <input type="checkbox"/> 8 Other: _____		
<i>If applicable</i> Referral Broker:	ID:	Broker Phone:
Notes (optional):		

HealthSun Health Plans is a Health Maintenance Organization (HMO plan) with a Medicare contract. Enrollment in HealthSun Health Plans depends on contract renewal. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).



Formulario de confirmación 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 ventas antes de cualquier reunión de ventas personales para garantizar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). 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.

<input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) con cobertura de medicamentos recetados (Parte D)
Un plan Medicare Advantage (Parte C) cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos recetados (Parte D). HealthSun Health Plans son planes Medicare Advantage HMO con cobertura de medicamentos recetados. En los Planes HMO, generalmente debe obtener su atención y servicios de médicos, otros proveedores de atención médica u hospitales de la red del plan. También es posible que deba obtener una referencia de su PCP para ver a otros médicos o especialistas.

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 se reunirá es un agente de ventas con licencia que es empleado o contratado por HealthSun Health Plans. 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.**

Beneficiario o representante autorizado:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección (opcional): _____

Si usted es un representante autorizado:

Relación con el beneficiario: _____

[Para que complete el agente:]

Nombre agente:	ID:	Teléfono agente:
Firma agente:	Fecha de la cita:	
Plan(es) presentado(s) durante esta reunión		
<input type="checkbox"/> SunPlus Advantage 001	<input type="checkbox"/> MediMax 006	
<input type="checkbox"/> HealthAdvantage 012	<input type="checkbox"/> HealthAdvantage 013	<input type="checkbox"/> MediMax 014
Contacto Inicial:		
<input type="checkbox"/> 1 Walk-in Medical Center	<input type="checkbox"/> 2 Walk-in Event	<input type="checkbox"/> 3 Walk-in Appointment
<input type="checkbox"/> 4 Inbound Call	<input type="checkbox"/> 5 Plan Lead	<input type="checkbox"/> 6 Business Reply
<input type="checkbox"/> 7 Broker Referral	<input type="checkbox"/> 8 Other:	_____
<i>Si aplica</i>		
Referral Broker:	ID:	Teléfono bróker:
Notas (opcional):		

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