



Scope of Sales Appointment Confirmation (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 Plans with prescription drug coverage.

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: _____

Relationship to the Beneficiary: _____

(If you are the authorized representative)

Agent required to complete:

Agent Name:	ID:	Agent Phone:
Agent Signature:		Appointment Date:
HealthSun Plan(s) presented:		
☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 001	☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 012	☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 013
☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 017	☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 018	☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 020
☐ MediMax (HMO) 006	☐ MediSun Extra (HMO D-SNP) 019	☐ MediSun Plus HMO D-SNP) 016
Initial Method of Contact: ☐ 1 Walk-in Medical Center ☐ 2 Walk-in Event ☐ 3 Walk-in Appointment ☐ 4 Plan Lead/Consent-to-Contact ☐ 5 Inbound Call Business Reply ☐ 6 Inbound Call Broker Referral ☐ 7 Inbound Call Other Referral ☐ 8 Other Method of Contact (<i>documentation required</i>): _____		
Referral Broker information (If applicable):		
Broker Name:	ID:	Phone:
Other Notes (optional):		



Confirmación de alcance de la reunión de venta (Formulario SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los agentes de seguros documenten el alcance de la reunión de marketing antes de cualquier reunión de ventas en persona para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente de seguros y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se proporciona en este formulario es confidencial.

Escriba su inicial debajo del producto sobre el cual acepta hablar con un agente de seguros con licencia.

☐ **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 la cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Los planes de HealthSun Health Plans son planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre el producto que marcó anteriormente con sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona con la que se reunirá es un agente de ventas con licencia que trabaja para HealthSun Health Plans o tiene contrato con HealthSun Health Plans. El agente de seguros no trabaja para el Gobierno federal. También es posible que el agente de seguros reciba un pago por su inscripción en el plan. **Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en nuestro plan, no afecta su estado actual o futuro de inscripción en Medicare y no se usará para una inscripción automática.**

Beneficiario o representante autorizado:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____

Relación con el beneficiario: _____ *(si usted es un representante autorizado)*

El agente de seguros debe completar lo siguiente:

Nombre del agente:	ID:	Teléfono del agente:
Firma del agente de seguros:		Fecha de la cita:
Plan(es) de HealthSun presentado(s): ☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 001 ☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 012 ☐ HealthAdvantage Plan (HMO) 013 ☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 017 ☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 018 ☐ HealthAdvantage Plus (HMO) 020 ☐ MediMax (HMO) 006 ☐ MediSun Extra (HMO D-SNP) 019 ☐ MediSun Plus HMO D-SNP) 016		
Initial Method of Contact: ☐ 1 Walk-in Medical Center ☐ 2 Walk-in Event ☐ 3 Walk-in Appointment ☐ 4 Plan Lead/Consent-to-Contact ☐ 5 Inbound Call Business Reply ☐ 6 Inbound Call Broker Referral ☐ 7 Inbound Call Other Referral ☐ 8 Other Method of Contact <i>(documentation required)</i> : _____		
Información del corredor de seguros que hizo la remisión (si corresponde):		
Nombre del corredor de seguros:	Identificación:	Teléfono:
Otras notas (opcional):		