

# ALLIANCE INSURANCE SOLUTIONS ANALISIS DE NECESIDADES INDIVIDUALES

Esta forma es llenada en presencia del beneficiario de Medicare y tiene como objetivo unico el determinar necesidades individuales y opciones posibles de planes de salud

¿Cómo se generó este Prospecto? \_\_\_\_\_ Referido Por? \_\_\_\_\_

Plan Vigente _____  Esta contemplando cambiar su plan? Si ___ No ___ Por que Razon? _____	Respecto a esta presentacion, el beneficiario requiere asistencia de algun amigo o familiar? <span style="float: right;">Y N</span> Estubo un amigo o familiar presente durante esta presentacion? <span style="float: right;">Y N</span> La persona que asistio cuenta con algun poder legal medico? <span style="float: right;">Y N</span>  Nombre de la persona asistiendo _____
--	---

Nombre del Beneficiario _____	DOB ___/___/___	Dirección _____	Tel _____
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------

Tiene Medicare Parte A y B _____ Numero _____	Tiene Medicaid? _____	Numero de Medicaid _____
---	-----------------------	--------------------------

Proveedores Medicos Actuales	Verificado en la red?	Medecinas Actuales/Explicacion de Formulario	Verificado en Formulario?
PCP		MG	Si No Nivel?
Especialista:		MG	Si No Nivel?
Especialista:		MG	Si No Nivel?
Especialista:		MG	Si No Nivel?
<i>En general</i> , tiene usted pendiente estudios, tratamientos o procedimientos diagnosticos que requieren autorizacion anterior en los siguientes 90 dias?		MG	Si No Nivel?
<b>Hospitales en la red:</b>		MG	Si No Nivel?
<b>Agencia de Enfermeria a Domicilio:</b>		MG	Si No Nivel?
<b>Equipo Medico / Oxigeno, etc.</b>		Se le explico la brecha de medicamentos? SI NO	¿Explicó la multa por inscripción tardía? SI NO
Plan Propuesto? _____	HMO PPO Med Sup	Fecha de Vigencia ___/___/___	Explicó el programa de ahorro de Medicare? SI NO
Prima Mensual \$ _____ Rx Deducible _____ Niveles _____	Requiere eferencias? Y N	¿Área de Servicio? _____	Nombre de plan de gimnasio?

Al firmar esta forma estamos atestando que basado a la informacion proporcionada por el beneficiario sus proveedores y prescripciones fueron verificado/as segun se indica en esta forma.

**Este documento no es una declaracion de beneficios o garantia de servicios.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Beneficiario (No Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Nota: Esta forma debe ser usada por el agente presentando el plan como una herramienta de ayuda para analizar necesidades. Esta forma no ha sido procesada o aprobada por CMS, Social Security o ninguna oficina de Gobierno.

