

Mẫu Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Hẹn Bán Hàng

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid yêu cầu các đại lý bán hàng có giấy phép phải ghi nhận phạm vi của một cuộc hẹn tiếp thị trước bất kỳ buổi gặp mặt bán hàng cá nhân nào, nhằm đảm bảo người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện hợp pháp của họ) hiểu rõ những nội dung sẽ được trao đổi giữa đại lý và người tham gia Medicare. Tất cả thông tin được cung cấp trong mẫu này là bảo mật và phải được hoàn thành bởi từng người tham gia Medicare hoặc người đại diện hợp pháp của họ.

Vui lòng ký tắt bên cạnh loại chương trình mà quý vị muốn đại lý thảo luận.

Chương Trình Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

Các chương trình Medicare Advantage này cung cấp tất cả quyền lợi của Medicare Phần A và Phần B, và tất cả đều bao gồm Medicare Phần D cho thuốc theo toa (MAPD). Một số chương trình được thiết kế dành riêng cho những người có nhu cầu đặc biệt, chẳng hạn như những người mắc bệnh mạn tính (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cho Bệnh mạn tính – Chronic Condition Special Needs Plans, gọi tắt là C-SNP).

☐ **Medicare Advantage HMO (Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe):** Quý vị phải sử dụng bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác nằm trong mạng lưới của chương trình, ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu. Quý vị phải chọn bác sĩ chăm sóc chính và có thể sẽ được yêu cầu phải có giấy giới thiệu để được khám với các bác sĩ chuyên khoa.

☐ **Chương Trình Medicare Advantage POS (Điểm dịch vụ) (HMO-POS):** Các chương trình này kết hợp tính năng của HMO với một số quyền lợi chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị chọn bác sĩ chăm sóc chính trong mạng lưới, nhưng vẫn có thể đến khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một số dịch vụ và quyền lợi nhất định. Chi phí quý vị phải trả có thể khác nhau khi đi khám ngoài mạng lưới. Một số C-SNP có bao gồm tùy chọn POS, cho phép tiếp cận một phần với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tùy chọn này chỉ áp dụng cho các Chương trình Champion HMO-POS liên quan đến C-SNP dành cho bệnh thận mạn tính (CKD) hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD).

☐ **Các chương trình nhu cầu đặc biệt về tình trạng mạn tính (HMO C-SNP):** Các chương trình này được thiết kế cho những người mắc các tình trạng mạn tính cụ thể, chẳng hạn như Bệnh thận mạn tính (CKD) bao gồm Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD), tiểu đường hoặc bệnh tim, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD) hoặc rối loạn nhịp tim, hoặc các tình trạng sức khỏe hành vi như Tâm thần phân liệt, rối loạn phân liệt, rối loạn lưỡng cực, rối loạn trầm cảm nặng, hoặc hoang tưởng tái phát và các rối loạn tâm thần khác. Các chương trình này điều chỉnh các quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ và danh mục thuốc để đáp ứng tốt nhất các nhu cầu cụ thể của nhóm đối tượng mà chương trình phục vụ. Một số chương trình C-SNP bao gồm lựa chọn POS cho phép sử dụng một số dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài hệ thống. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi đến khám với các nhà cung cấp ngoài hệ thống.

Mẫu Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Hẹn Bán Hàng (tiếp theo)

Bằng việc ký vào mẫu này, quý vị đồng ý tham gia một buổi gặp với đại lý bán hàng có giấy phép để thảo luận về các loại sản phẩm (chương trình) mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý, người sẽ thảo luận về các sản phẩm này là nhân viên hoặc công tác viên của một chương trình Medicare. Họ không làm việc trực tiếp cho Chính Phủ Liên Bang. Người này cũng có thể được trả thù lao dựa trên việc quý vị có ghi danh vào một chương trình hay không.

Việc ký vào mẫu này KHÔNG bắt buộc quý vị phải ghi danh vào một chương trình, KHÔNG ảnh hưởng đến tình trạng ghi danh hiện tại, và KHÔNG tự động ghi danh quý vị vào bất kỳ chương trình Medicare nào.

Chữ ký và Ngày ký của Người Thụ hưởng hoặc Người Đại diện Hợp pháp:

Chữ ký:

Ngày ký:

Nếu quý vị là người đại diện hợp pháp, vui lòng ký ở trên và viết chữ in hoa bên dưới:

Tên Người đại diện:

Mối quan hệ của quý vị với Người thụ hưởng:

Phần dành cho Đại lý điền:

Tên đại lý:

Số NPN của Đại lý:

Số điện thoại của Đại lý:

Email của Đại lý:

Tên Người thụ hưởng:

Số điện thoại Người thụ hưởng:

Địa chỉ Người thụ hưởng: *(không bắt buộc)*

Phương thức liên lạc ban đầu:

(Ghi rõ ở đây nếu ứng viên là người đến không hẹn trước)

Chữ ký của Đại lý:

Ngày hoàn tất Cuộc hẹn: