

销售预约确认表范围说明

Medicare 和 Medicaid 服务中心要求持牌销售代理人在每次个人销售会面前, 记录营销预约的范围, 以确保代理人 与 Medicare 受益人 (或其授权代表) 双方对即将讨论的内容达成理解。本表格所填信息均属保密内容, 应由每位 Medicare 参保人或其授权代表填写完成。

请在下方您希望代理人讨论的产品类型旁签名。

Medicare Advantage 计划 (HMO、HMO-POS、HMO C-SNP):

这些 Medicare Advantage 计划提供所有 Medicare A 部分和 B 部分的福利, 且均包含 Medicare D 部分处方药保险 (MAPD)。部分计划专为具有特定需求的个人设计, 例如慢性病患者 (慢性病特殊需求计划, 简称 C-SNP)。

☐ **Medicare Advantage 计划健康维护组织 (HMO):**除紧急情况外, 您必须使用计划网络内的医生、医院及其他医疗服务提供者。您必须选择一名主治医生, 并且可能需要获得转诊才能看专科医生。

☐ **Medicare Advantage 服务点 (POS) 计划 (HMO-POS):**这些计划结合了 HMO 计划的特点与一些网络外承保范围。您可在网络内选择一名主治医生, 并可为特定服务和承保范围去看网络外医疗服务提供者。您在去看网络外医疗服务提供者时, 可能需要承担不同比例的费用分摊。部分 C-SNP 计划包含 POS 选项, 允许有限度地使用网络外医疗服务提供者。此选项仅适用于与慢性肾病/终末期肾病 C-SNP 相关的 Champion HMO-POS 计划。

☐ **慢性病特殊需求计划 (HMO C-SNP):**这些计划专为患有特定慢性病的人士设计, 例如慢性肾病 (CKD) (包括终末期肾病 (ESRD))、糖尿病、心脏病、慢性心力衰竭 (CHF)、冠状动脉疾病 (CAD) 或心律失常, 以及精神分裂症、精神分裂情感性障碍、双相情感障碍、重度抑郁症、复发性偏执及其他精神病性障碍。他们根据所服务群体的具体需求, 量身定制福利方案、提供者选择及药品目录。部分 C-SNP 计划包含 POS 选项, 允许有限度地使用网络外医疗服务提供者。您在去看网络外医疗服务提供者时, 可能需要承担不同比例的费用分摊。

销售预约确认表范围说明(续)

签署本表格即表示您同意与持牌销售代理人会面, 讨论您在上方签名确认的产品类型。请注意, 讨论产品的人员受雇于或与某项 Medicare 计划签约。他们不直接为联邦政府工作。此人还可能根据您的计划参保情况获得报酬。

签署此表格并不意味着您必须加入某项计划, 也不会影响您当前的参保状态, 更不会使您自动加入某项 Medicare 计划。

受益人或授权代表签名及签名日期:	
签名:	签名日期:
如果您是授权代表, 请在上方签名, 并在下方正楷填写姓名:	
代表姓名:	
您与受益人的关系:	

由代理人填写:

代理人姓名:	代理人 NPN:
代理人电话号码:	代理人邮箱:
受益人姓名:	受益人电话:
受益人地址: (选填)	
初始联系方式: (若候选参保人未经预约, 请在此处注明)	
代理人签名:	预约完成日期: