

銷售會談範圍確認表

Medicare 與 Medicaid 服務中心規定，持照銷售代理人在與任何個人進行行銷會談之前，必須先記錄會談的範圍，以確保代理人與 Medicare 受益人（或其授權代表）雙方都瞭解此次會談的討論內容。本表所提供的資訊均屬機密，應由每位 Medicare 受益人或其授權代表填寫。

請在下方您希望代理人與您討論的產品類型旁簽寫姓名縮寫。

Medicare Advantage Plans (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

這些 Medicare Advantage Plan 提供 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利，且所有計畫均包含 Medicare D 部分處方藥承保 (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD)。部分計畫是為有特定需求的人士所設計，例如患有慢性疾病的人士 (慢性疾病特殊需求計畫 [Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP])。

☐ **Medicare Advantage HMO (健康維護組織)：**除緊急情況外，您必須使用計畫網絡內的醫生、醫院及其他醫療服務提供者。您必須選擇一位基本保健醫生，且您可能需要取得轉診，才能接受專科醫生看診。

☐ **Medicare Advantage 服務點 (Point of Service, POS) 計畫 (HMO-POS)：**這些計畫結合了 HMO 計畫的特色，並提供部分網絡外承保。您可以選擇網絡內的基本保健醫生，也可以針對特定服務及承保項目接受網絡外醫療服務提供者看診。接受網絡外醫療服務提供者看診時，您可能需要支付不同的分攤費用。部分 C-SNP 也包括 POS 選項，讓會員可以使用網絡外醫療服務提供者。此選項僅適用於與其慢性腎臟病 (Chronic Kidney Disease, CKD)／末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) C-SNP 相關的 Champion HMO-POS 計畫。

☐ **慢性疾病特殊需求計畫 (HMO C-SNP)：**這些計畫是為患有特定慢性疾病的人士所設計，例如包括末期腎臟病 (ESRD) 在內的慢性腎臟病 (CKD)、糖尿病或心臟疾、慢性心臟衰竭 (Chronic Heart Failure, CHF)、冠狀動脈疾病 (Coronary Artery Disease, CAD) 或心律不整，或像是思覺失調症、分裂情感性障礙、躁鬱症、重度憂鬱症或反覆發作的偏執型障礙及其他精神障礙等行為健康疾病。為了以最有效的方式滿足服務對象族群的特定需求，這些計畫會根據他們的需求規劃各項福利、選擇醫療服務提供者及制定藥物處方集。部分 C-SNP 也包括 POS 選項，讓會員可以使用網絡外醫療服務提供者。接受網絡外醫療服務提供者看診時，您可能需要支付不同的分攤費用。

銷售面談範圍確認表(續)

簽署本表格即表示您同意與持照銷售代理人會面，以討論您在上方簽寫姓名縮寫的產品類型。請注意，與您討論這些產品的人員是由 Medicare 計畫雇用或約聘的人員。他們並非直接為聯邦政府工作。該人員可能還會因為您投保某項計畫而獲得報酬。

簽署本表格不表示您有義務投保某項計畫，也不會影響您目前的投保狀況，或使您投保某項 Medicare 計畫。

受益人或授權代表簽名和簽名日期：

簽名：

簽名日期：

如果您是授權代表，請在上方簽名並使用正楷填寫以下資訊：

代表姓名：

與受益人的關係：

由代理人填寫：

代理人姓名：

代理人全國保險經紀人號碼 (National Producer Number, NPN)：

代理人電話號碼：

代理人電子郵件：

受益人姓名：

受益人電話：

受益人地址：(選填)

最初聯絡方式：
(如客戶未預約前來，請在此註明)

代理人簽名：

完成會談的日期：