CHAMPION
HEALTH PLAN

판매 상담 예약 확인서의 상담 범위

메디케어·메디케이드 서비스 센터는 면허를 소지한 판매 대리인이 개별 판매 상담을 진행하기 전에 마케팅 상담의 범위를 문서화하도록 요구하고 있으며, 이는 에이전트 및 메디케어 수혜자(또는 승인받은 대리인) 간에 논의될 내용을 명확히 이해하도록 하기 위함입니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀이며, 메디케어 가입자 본인 또는 승인받은 대리인이 직접 작성해야 합니다.

에이전트와 상담을 원하시는 상품 유형 옆에 이니셜을 기입해 주십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜(HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

이러한 메디케어 어드밴티지 플랜들은 메디케어 파트 A 및 파트 B의 모든 혜택을 제공하며, 모두 메디케어 파트 D 처방약 보장(MAPD)을 포함합니다. 일부 보험 플랜은 만성 질환을 앓고 있는 분들과 같이 특별 필요 사항이 있는 개인을 위해 설계되었습니다(만성 질환 특별 필요 플랜, C-SNP).

□ **메디케어 어드밴티지 HMO(건강 관리 기관):** 응급 상황을 제외하고는 반드시 해당 보험 플랜의 네트워크에 속한 의사, 병원 및 기타 의료 제공자를 이용해야 합니다. 귀하는 반드시 주치의를 선택해야 하며, 전문의 진료를 받으려면 진료 의뢰를 받아야 할 수도 있습니다.

□ **메디케어 어드밴티지 POS(Point of Service) 플랜(HMO-POS):** 이러한 플랜은 HMO 플랜의 특징과 일부 네트워크 외 의료 보장을 결합한 것입니다. 귀하는 네트워크 내의 주치의를 선택할 수 있으며, 특정 서비스 및 보장 범위에 한해 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 본인 부담금이 다를 수 있습니다. 일부 C-SNP에는 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있도록 하는 POS 옵션이 포함되어 있습니다. 이 옵션은 Champion HMO-POS 플랜 중 CKD/ESRD C-SNP와 연계된 플랜에서만 이용 가능합니다.

□ **만성 질환 특별 필요 플랜(HMO C-SNP):** 이러한 플랜들은 말기 신부전(ESRD)을 포함한 만성 신장 질환(CKD), 당뇨병, 심장 질환, 만성 심부전(CHF), 관상동맥 질환(CAD) 또는 심장 부정맥과 같은 특정 만성 질환이 있는 사람, 또는 정신분열증, 조현정동장애, 양극성 장애, 주요 우울 장애 또는 재발성 편집증 및 기타 정신병적 장애와 같은 정신 건강 질환이 있는 사람들을 위해 설계되었습니다. 그들은 자신들이 서비스를 제공하는 집단의 특정 필요 사항을 가장 잘 충족시킬 수 있도록 혜택, 의료 제공자 선택 및 약품 목록을 맞춤형으로 조정합니다. 일부 C-SNP에는 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있도록 하는 POS 옵션이 포함되어 있습니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 본인 부담금이 다를 수 있습니다.

판매 상담 예약 확인서의 상담 범위(계속)

이 양식에 서명함으로써, 귀하는 위에서 귀하가 선택(이니셜 기재)한 상품 유형에 대해 상담하기 위해 공인 판매 에이전트와의 만남에 동의하게 됩니다. 참고로, 상품에 대해 상담해 드릴 사람은 메디케어 플랜에 고용되었거나 계약을 맺은 직원입니다. 그들은 직접적으로 연방 정부를 위해 일하지 않습니다. 이 사람은 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수도 있습니다.

이 양식에 서명한다고 해서 귀하가 반드시 플랜에 가입해야 하는 것은 아니며 현재 가입 상태에 영향을 미치거나, 메디케어 플랜에 자동으로 가입되는 것은 아닙니다.

수혜자 또는 승인받은 대리인의 서명 및 서명 날짜:	
서명:	서명 날짜:
귀하가 승인받은 대리인인 경우, 위에 서명하고 아래에 정자체로 이름을 적어 주십시오:	
대리인의 이름:	
수혜자와 귀하의 관계:	

에이전트 작성란:

에이전트 이름:	에이전트 NPN:
에이전트 전화번호:	에이전트 이메일:
수혜자 이름:	수혜자 전화번호:
수혜자 주소: (선택 사항)	
최초 연락 방법: (지원자가 사전 예약 없이 방문한 경우 여기에 표시하십시오)	
에이전트 서명:	예약 날짜 완료됨: