

Mẫu xác nhận phạm vi cuộc hẹn bán hàng

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid yêu cầu các đại lý bán hàng được cấp phép phải ghi lại phạm vi của cuộc hẹn tiếp thị trước bất kỳ cuộc gặp bán hàng riêng nào để đảm bảo các bên hiểu rõ nội dung sẽ được thảo luận giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ). Tất cả thông tin được cung cấp trên mẫu này đều được bảo mật và mỗi người có Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ phải hoàn thành mẫu này.

Vui lòng ký tắt bên dưới, cạnh loại sản phẩm mà quý vị muốn đại lý thảo luận.
Các chương trình Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

Các chương trình Medicare Advantage này cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B, đồng thời tất cả đều bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D (MAPD). Một số chương trình được thiết kế cho những người có nhu cầu cụ thể, chẳng hạn như những người mắc bệnh mạn tính (Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho tình trạng mạn tính, hay 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 khác thuộc mạng lưới của chương trình, ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu. Quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính và có thể phải có giấy giới thiệu để khám bác sĩ chuyên khoa.

☐ **Các chương trình Medicare Advantage POS (Điểm cung cấp dịch vụ) (HMO-POS):** Các chương trình này kết hợp các đặc điểm của chương trình HMO với một số phạm vi bảo hiểm ngoài mạng lưới. Quý vị chọn một bác sĩ chăm sóc chính trong mạng lưới và có thể khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với các dịch vụ và phạm vi bảo hiểm cụ thể. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Một số chương trình C-SNP có tùy chọn POS cho phép tiếp cận một số nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tùy chọn này chỉ được cung cấp cho các Chương trình Champion HMO-POS liên quan đến các chương trình C-SNP dành cho CKD/ESRD.

☐ **Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho tình trạng mạn tính (HMO C-SNP):** Các chương trình này được thiết kế cho những người mắc các bệnh mạn tính cụ thể, chẳng hạn như Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease, CKD), bao gồm Bệnh thận giai đoạn cuối (End Stage Renal Disease, ESRD); Tiểu đường; Bệnh tim; Suy tim mạn tính (Chronic Heart Failure, CHF); Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease, CAD); Rối loạn nhịp tim; hoặc các tình trạng sức khỏe hành vi như Tâm thần phân liệt, Rối loạn phân liệt cảm xúc, Rối loạn lưỡng cực, Rối loạn trầm cảm nặng, hay Rối loạn hoang tưởng tái diễn và các Rối loạn loạn thần khác. Các chương trình này điều chỉnh quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp và danh mục thuốc sao cho đáp ứng tốt nhất nhu cầu cụ thể của nhóm đối tượng mà chương trình phục vụ. Một số chương trình C-SNP có tùy chọn POS cho phép tiếp cận một số nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Mẫu xác nhận phạm vi cuộc hẹn bán hàng (Tiếp theo)

Bằng việc ký mẫu này, quý vị đồng ý gặp một đại lý bán hàng được cấp phép để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý rằng người thảo luận về các sản phẩm là nhân viên hoặc nhà thầu của một chương trình Medicare. Người đó không làm việc trực tiếp cho Chính phủ liên bang. Cá nhân này cũng có thể được trả thù lao dựa trên việc quý vị đăng ký tham gia một chương trình.

Việc ký mẫu này **KHÔNG** bắt buộc quý vị phải đăng ký tham gia một chương trình, không ảnh hưởng đến tình trạng đăng ký hiện tại của quý vị và không đăng ký quý vị vào một chương trình Medicare.

Chữ ký và ngày ký của người thụ hưởng hoặc người đại diện được ủy quyền:

Chữ ký:

Ngày ký:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và viết tên bằng chữ in bên dưới:

Tên người đại diện:

Mối quan hệ của quý vị với người thụ hưởng:

Dành cho đại lý điền:

Tên đại lý:

NPN của đại lý:

Số điện thoại của đại lý:

Email của đại lý:

Tên người thụ hưởng:

Số điện thoại của người thụ hưởng:

Địa chỉ của người thụ hưởng: (không bắt buộc)

Phương thức liên hệ ban đầu:

(Ghi rõ tại đây nếu người đăng ký tiềm năng tự đến mà không hẹn trước)

Chữ ký của đại lý:

Ngày hoàn tất cuộc hẹn: