

銷售預約確認書範圍

Medicare 和 Medicaid 服務中心要求代理人在面對面或電話銷售溝通前，記錄行銷預約的範圍，以確保瞭解代理人 and Medicare 申請人 (或其授權代表) 將會討論的內容。此表提供的所有資料均保密，且應由有 Medicare 的個人或其授權代表填寫。

請在您希望代理人與您討論的計劃類型旁的下列方框中寫下您的姓名縮寫字母。

Medicare Advantage Plan (C 部分)
<input type="checkbox"/> Medicare Health Maintenance Organization (HMO) — 一個提供 Medicare A 部分和 B 部分原有所有健康保險 (有時承保 D 部分處方藥保險) 的 Medicare Advantage 計劃。在大多數 HMO 中，您僅可以從計劃網絡內的醫生或醫院獲得護理 (緊急情況除外)。
<input type="checkbox"/> Medicare Special Needs Plan (SNP) — 一個專為有特殊醫療保健需求的人士提供福利的 Medicare Advantage 計劃。提供服務之特定群體包括同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士、住在養老院的人士，以及有某些慢性疾病的人士。

簽署此表即表明您同意會見銷售代理人，討論您在上面指定的產品類型。請注意，與您討論這些產品的人員受僱於 Medicare 計劃或與之訂有合約。他們不直接為聯邦政府工作。該人員還會根據您的計劃參保情況獲得報酬。

簽署此表並不會強制您加入某項計劃或 Medicare 計劃，也不會影響您的目前投保計劃。

申請人簽名：_____ 日期：_____

如果您是授權代表，您必須在上面簽名並提供以下資訊：

授權代表姓名：_____

您與申請人的關係：_____

由代理人填寫：

代理人姓名：	代理人電話號碼：
申請人姓名：	申請人電話號碼：
申請人地址：(可選填)	
初次聯絡方式： (如果申請人未預約請在此處註明)	
代理人簽名：	預約完成日期：