

판매 약속의 범위 확인서

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터는 상담원에게 상담원과 Medicare 후보자(또는 지정 대리인) 사이에 논의할 내용을 이해할 수 있도록 모든 일대일 대면 또는 전화 회의를 하기 전에 마케팅 약속의 범위를 기록할 것을 요구합니다. 이 양식에 제공되는 모든 정보는 기밀이며, Medicare 가입자 또는 그 사람의 지정 대리인이 작성해야 합니다.

상담원과 논의하길 원하는 플랜 유형 옆에 있는 상자에 이니셜을 기입하십시오.

| Medicare Advantage 플랜(Part C) |
|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare Health Maintenance Organization(HMO) — 모든 기존 Medicare Part A 및 Part B 건강 보험을 제공하고 때때로 Part D 처방약 보험을 보장하는 Medicare Advantage 플랜입니다. 대부분의 HMO는 플랜 네트워크 내에 있는 의사나 병원의 치료만 받을 수 있습니다(응급 시 제외). |
| <input type="checkbox"/> Medicare Special Needs 플랜(SNP) — 특별 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지가 있는 Medicare Advantage 플랜입니다. 서비스가 제공되는 특정 그룹의 예에는 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있는 사람, 요양원에 거주하는 사람, 특정 만성 질병이 있는 사람이 포함됩니다. |

본 양식에 서명함으로써 귀하는 판매 상담원과 만나 위에 이니셜을 기입한 제품의 유형을 논의하는 데 동의합니다. 제품을 논의할 사람은 Medicare 플랜의 직원이거나 Medicare 플랜과 계약을 맺은 사람입니다. 이러한 사람들은 직접적으로 연방 정부를 위해 일하는 것이 아니며, 귀하의 플랜 가입에 따라 금액을 지급받을 수도 있습니다.

본 양식에 서명하는 것으로 플랜에 가입할 의무가 있거나, 현재 가입에 영향을 주거나, 귀하를 Medicare 플랜에 가입시키지는 않습니다.

후보자 서명: _____ 날짜: _____

대리인인 경우 위에 서명한 후 다음 정보를 제공해야 합니다.

지정 대리인 이름: _____

후보자와의 관계: _____

상담원 작성란:

| | |
|--|-----------|
| 상담원 이름: | 상담원 전화번호: |
| 후보자 이름: | 후보자 전화번호: |
| 후보자 주소: (선택 사항) | |
| 최초 연락 방법: (후보자가 예약 없이 방문한 경우 여기 표시) | |
| 상담원 서명: | 예약 완료일: |