

Giấy Xác nhận Phạm vi Thảo luận trong Cuộc hẹn Tiếp thị

Centers for Medicare and Medicaid Services (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) yêu cầu các đại lý bảo hiểm luôn phải lập văn bản về phạm vi tiếp thị trước khi trực tiếp gặp khách hàng hoặc qua điện thoại để bán hàng nhằm bảo đảm có sự hiểu biết về những gì sẽ được bàn thảo giữa đại lý và ứng viên Medicare (hoặc đại diện được ủy quyền của họ). Tất cả thông tin được cung cấp trong mẫu này là bảo mật và phải do từng người với Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của người đó điền vào.

Vui lòng ký tắt vào ô bên dưới, cạnh loại chương trình quý vị muốn đại lý thảo luận với mình.

Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

Medicare Health Maintenance Organization (HMO) (Tổ chức Duy trì Sức khỏe Medicare) — Chương trình Medicare Advantage cung cấp tất cả các bảo hiểm y tế Phần A và Phần B của Original Medicare và đôi khi cả bảo hiểm thuốc theo toa Phần D. Trong hầu hết mọi HMO, quý vị chỉ được nhận dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ hoặc bệnh viện trong hệ thống của chương trình (trừ trường hợp cấp cứu).

Medicare Special Needs Plan SNP (Chương trình Chăm sóc Người có Nhu cầu Đặc biệt của Medicare) — Chương trình Medicare Advantage có gói quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về những nhóm người cụ thể được phục vụ gồm có người có cả Medicare và Medicaid, người sống tại các nhà điều dưỡng, và người có những bệnh mãn tính nào đó.

Bằng cách ký vào mẫu này, quý vị đồng ý gặp mặt đại lý bán hàng để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký bên trên. Xin lưu ý, người sẽ nói chuyện về sản phẩm là người được chương trình Medicare tuyển dụng hoặc hợp đồng. Họ không làm việc trực tiếp với Chính quyền Liên bang. Người này cũng có thể được trả tiền do việc quý vị ghi danh vào chương trình.

Việc ký giấy này KHÔNG khiến quý vị có nghĩa vụ phải ghi danh một chương trình, ảnh hưởng đến việc ghi danh hiện tại của quý vị, hoặc ghi danh quý vị vào một chương trình Medicare.

Chữ ký của Ứng viên: _____ Ngày: _____

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau đây:

Tên Người Đại diện được Ủy quyền: _____

Mối quan hệ của Quý vị với Ứng viên: _____

Do Đại lý bảo hiểm điền:

Tên đại lý bảo hiểm:	Điện thoại đại lý:
Tên Ứng viên:	Số Điện thoại của Ứng viên:
Địa chỉ của Ứng viên: (tùy chọn)	
Phương thức Liên lạc Ban đầu: (Ghi rõ ở đây nếu ứng viên không có hẹn trước)	
Chữ ký của Đại lý:	Ngày Chỉ định Đã hoàn thành: