

約談範圍確認書 (SOA)

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 要求持照銷售代理人

在進行任何個人面對面或電話銷售會談前，記錄代理人與 Medicare 受益人 (或其授權代表) 行銷約談*的範圍。下表所有內容均屬於保密資訊。每位符合 Medicare 資格的受益人或其授權代表均需單獨填寫一份確認書表格。如果受益人 (或其授權代表) 要求提供與先前商定的計劃類型不同的資訊，則需要簽署新的約談範圍書 (SOA)。

請在下方您想與代理人討論的產品類型旁簽上姓名的第一個字母。(請參閱下文的產品類型)

Medicare Advantage 計劃 (C 部分和 D 部分) 牙科/視力/聽力產品

簽署此表格即表示您同意與銷售代理人會談，以討論您在上方勾選的產品類型。請注意，與您討論產品的人將是某項 Medicare 計劃僱用或與之簽約的人員。他們並不直接為聯邦政府工作。這些人員可能會根據您參保某項計劃的情況獲得報酬。簽署此表格並不意味著您必須參保一項計劃、影響您目前或將來的 Medicare 參保或自動將您加入到所討論的計劃。

受益人或授權代表簽名和簽名日期	
簽名：	簽名日期：
如果您是授權代表，請在上方簽名並以正楷填寫下方欄位	
代表姓名：	與受益人的關係：

由代理人填寫	
代理人姓名：	代理人電話：
代理人簽名：	現場行銷機構 (FMO)：
受益人姓名：	受益人電話：
受益人地址：	受益人的 Medicare 受益人識別號 (MBI)：
首次聯絡方式：	
會談期間代理人所代表的計劃：	完成約談的日期：
如果適用，請說明在會談前沒有簽署 SOA 的原因：(未預約、計劃外參與者等)	

Medicare Advantage 計劃 (C 部分)

Medicare 健康維護組織 (HMO)：一項 Medicare Advantage 計劃，提供 Original Medicare A 部分及 B 部分涵蓋的所有健康保險，有時還提供 D 部分處方藥保險。在大多數 HMO 中，您只能從計劃網絡內的醫生或醫院處獲得護理（緊急情況除外）。

Medicare 特殊需求計劃 (SNP)：一項 Medicare Advantage 計劃，其中包含專為有特殊醫療保健需求的人設計的福利包。該計劃所服務的特定人群包括，同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有

牙科/視力/聽力

為希望滿足牙科、視力或聽力需求的客戶提供額外福利的計劃。

這些計劃不附屬於 Medicare，也與其無關。

**約談範圍記錄文件受到 CMS 記錄保留規定之約束。Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*