

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。

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某些慢性病的人士。

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）	

**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).*