

联邦医疗保险 (Medicare) 和医疗补助 (Medicaid) 服务中心要求代理人在任何面对面销售会面之前记录营销预约的范围, 以确保了解代理人 与联邦医疗保险受益人 (或其授权代表) 之间将讨论的内容。本表格中提供的所有信息均为保密信息, 应由每位联邦医疗保险受益人或其授权代表填写。

请在您希望代理人讨论的产品类型旁签署您的姓名首字母。如果您不希望代理人 与您讨论某些计划类型, 请将该框留空。

<input type="checkbox"/> 联邦医疗保险优惠计划 (C 部分) 和其他联邦医疗保险计划
联邦医疗保险 HMO
联邦医疗保险 HMO 服务点 (HMO POS)
联邦医疗保险特殊需要计划 (SNP)

<input type="checkbox"/> 独立联邦医疗保险处方药物计划 (D 部分)

<input type="checkbox"/> 联邦医疗保险附加保单
--

通过签署此协议, 即表示您同意与销售代理人进行销售会面, 以讨论您在上面对您姓名首字母的特定类型的产品。将与您讨论计划选项的人员可能通过联邦医疗保险计划或非联邦政府的处方药物计划受雇或签约, 并且可能根据您在计划中的参保情况获得报酬。签署此表格并不意味着您必须投保计划, 不影响您当前或未来的联邦医疗保险参保状态, 也不会自动将您参保到所讨论的计划中。

填写此表格后, 本人同意用本人所提供的电话号码 (包括移动设备) 接听有关安保健康保险产品 及服务的代表来电。这些电话可能是使用自动技术打的, 并且我不需要同意接听这些电话也可以进行购买。

受益人电话 (可选):	
受益人或授权代表签名和签名日期	
签名:	签名日期:
如果您是授权代表, 请在上面签名并在下面工整写下姓名:	
代表姓名:	您与受益人的关系:

由代理人填写:	
代理人姓名:	代理人电话:
受益人姓名:	受益人 ID (可选):
初始联系方式 (如果受益人无预约, 请在此处注明):	
代理人签名:	代理人 ID:
在此会面期间代理人代理的计划:	完成预约的日期:

预约范围 (SOA) 文档须遵循联邦医疗保险和医疗补助 服务中心记录保留要求

如果表格是由受益人在预约时签署的, 代理人则要解释没有记录预约范围的原因:

安保健康保险计划、安保健康保险公司、安保健康保险服务公司和大纽约健康保险 (HIP) 是安保健康保险旗下的公司。安保健康保险服务公司向各安保健康保险旗下公司提供管理服务。

联邦医疗保险优惠计划 (C 部分)、联邦医疗保险优惠计划 处方药物计划和其他联邦医疗保险计划

联邦医疗保险 HMO - 一项联邦医疗保险优惠计划, 必须承保所有 A 部分和 B 部分的医疗保健。在大多数 HMO 中, 除急症外, 您只能去看计划网络中的医生、专科医生或医院。

联邦医疗保险 PPO 计划 - 一种在当地或区域范围内提供的联邦医疗保险优惠计划, 如果您使用网络内的医生、医院和医疗服务提供方, 您付款较少。您可以使用网络外的医生、医院和医疗服务提供方, 但需支付额外费用。

联邦医疗保险私人付费服务 (PFFS) 计划 - 一种联邦医疗保险优惠计划, 您可以去任何接受该计划付款和条款与条件的联邦医疗保险批准的医生或医院看病。

联邦医疗保险服务点 (POS) 计划 - 一种在当地或区域范围内提供的联邦医疗保险优惠计划, 它结合了 HMO 的最佳功能和网络外福利。与 HMO 一样, 成员必须指定一名网络内医生作为主要的医疗服务提供方。您可以使用网络外的医生、医院和医疗服务提供方, 但需支付额外费用。

联邦医疗保险特殊需要计划 (SNP) - 联邦医疗保险优惠计划的一种特殊类型, 为同时拥有联邦医疗保险和医疗补助的人、居住于疗养院的人, 或特定慢性病患者等特定人群, 提供更多专注且专门的医疗保健。

联邦医疗保险医疗储蓄账户 (MSA) 计划 - MSA 计划结合了高自付额联邦医疗保险优惠计划和银行账户。该计划将联邦医疗保险的钱存入账户。您可以使用它来支付医疗费用, 直到您的自付额满足为止。

联邦医疗保险费用计划 - 一种医疗保险计划。在联邦医疗保险费用计划中, 如果您在没有转诊的情况下获得计划网络之外的服务, 您的联邦医疗保险承保服务将根据原始联邦医疗保险计划支付 (您的费用计划支付急症服务或急需的服务)。

联邦医疗保险医疗补助计划 (MMP) - MMP 是一项私人医疗保险计划, 旨在为双重符合条件的联邦医疗保险受益人提供综合且协调的联邦医疗保险和医疗补助福利。

独立联邦医疗保险处方药物计划 (D 部分)

联邦医疗保险处方药物计划 (PDP) - 一项独立的药物计划, 为原始联邦医疗保险计划、一些联邦医疗保险费用计划、一些联邦医疗保险私人付费服务计划和联邦医疗保险储蓄账户计划增加处方药物保险。