



센트럴 헬스 메디케어 플랜

판매 약속의 범위 확인서

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터는 에이전트와 메디케어 후보자(또는 공인 대리인) 간에 논의될 사항을 이해하기 위해 모든 대면 또는 전화 판매 미팅 전에 마케팅 약속 범위를 문서화할 것을 요구합니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀이며 Medicare 회원 또는 지정된 대리인이 작성해야 합니다. 에이전트와 상의하고 싶은 플랜 옆의 박스에 이니셜을 적어주세요.

Medicare Advantage 플랜 (Part C)

- Medicare Health Maintenance Organization(HMO) — 기존의 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B 건강 보험 보장을 제공하고 일부 파트 D 처방약 보장을 포함하는 Medicare Advantage 플랜입니다. 대부분의 HMO는 플랜 네트워크 내에 있는 의사나 병원에서만 치료를 받을 수 있습니다 (응급 상황 제외).
- Medicare Special Needs Plan(SNP) — 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지가 포함된 Medicare Advantage 플랜입니다. 서비스가 제공되는 특정 그룹의 예로는 Medicare와 Medicaid가 모두 있는 사람, 요양원에 거주하는 사람, 특정 만성 질환이 있는 사람이 있습니다.

이 양식에 서명함으로써 귀하는 위에서 이니셜을 기재한 제품 유형에 대해 논의하기 위해 판매 에이전트와 만나는 데 동의합니다. 제품에 대해 논의할 사람은 Medicare 플랜 직원이거나 Medicare 플랜과 계약을 맺은 사람입니다. 이 사람들은 연방 정부를 위해 직접 일하지는 않지만 귀하의 플랜 등록에 따라 급여를 받을 수 있습니다.

이 양식에 서명해도 계획에 등록할 의무가 없으며, 현재 또는 미래의 Medicare 보험 가입 상태는 영향을 받지 않으며 자동 등록도 발생하지 않습니다.

수혜자 성: _____ 수혜자 이름: _____

주소: _____ 시: _____

주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: _____

수혜자 서명: _____ 날짜: _____

에이전트 작성란:

에이전트 이름: _____ 에이전트 전화번호: _____

국가 생산자 번호: _____ 대행사 이름(해당되는 경우): _____

최초의 연락 방법: (신청자가 예약 없이 사이트를 방문한 경우 여기에 표시하십시오.): _____

에이전트 서명: _____ 판매 약속 날짜: _____