

Medicare 和 Medicaid 服務中心要求代理人在進行任何面對面銷售會見之前記錄營銷預約的範圍，以確保瞭解代理人 和 Medicare 受益人(或其授權代表)之間將要討論的內容。本表上提供的所有資訊均為保密資訊，並且應該由各位享有 Medicare 福利的人士或其授權代表填寫。

請在下面您希望代理人討論的計劃類型旁邊縮寫簽名。假如您不希望銷售代理人與您討論計劃類型，請將此方框留空。(請注意，銷售代理人可能還會與您討論 Medicare 補充保險。)

<input type="checkbox"/> Medicare Advantage 計劃(C部分) 和其他 Medicare 計劃
<p>Medicare 保健組織(HMO) — 一項 Medicare Advantage 計劃，提供全部原始 Medicare 的 A 部分和 B 部分健康保險，並且有時候承保 D 部分處方藥。在大多數 HMO，您祇能從該計劃網內的醫師或醫院接受治療(急診除外)。</p> <p>Medicare 特殊需要計劃(SNP) — 一項 Medicare Advantage 計劃，該計劃有一種專門為有特殊醫護需要的人設計的套裝福利。所服務的具體人群的例子包括享有 Medicare 和 Medicaid 兩種福利的人士，居住在療養院的人士，以及患有某些慢性病的人士。</p>

<input type="checkbox"/> Medicare 附加保單：一項 Medicare 附加保險(Medigap)保單可幫助支付某些原有 Medicare 不承保的部份醫療費用，如自付款、共同保險金及自付額。
--

您簽署本表格，即表明您同意與一位銷售代理人進行一次銷售會面，以討論您在上面縮寫簽名過的計劃類型。將與您討論計劃選項的人士受僱於一項 Medicare 健保計劃或處方藥計劃或與此項計劃簽有合約，而非聯邦政府，而且根據您加入的計劃，他們可能會得到報酬。簽署本表格並不使您有義務加入一項計劃，或影響您目前或未來加入 Medicare 的狀態，也不會使您自動加入討論的計劃。

呈交此表格，即代表本人同意接聽安保健華語專員致電本人上述電話號碼(包括手機號碼)，講解有關安保健福利計劃及服務。這些電話可能使用自動系統操作，且本人同意接聽這些電話並非作為本人購買或加入的條件。

受益人電話(選做):

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，請在上面簽名並在下面工整書寫姓名：	
代表姓名：	您與受益人的關係：

由代理人填寫：	
代理人姓名：	代理人電話：
受益人姓名：	受益人地址(選做)：
初始聯繫方法:(如果受益人是未預約自己走進來的請在此處註明。)	
代理人簽名：	
代理人在此次會見中所代表的計劃：	預約完成日期：
[僅供計劃使用:]	

預約範圍文件須符合 CMS 記錄留存規定

如果表格在約見時由受益人簽名，代理人須解釋為甚麼預約範圍沒有記錄在案： _____

HIP Health Plan of New York (HIP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。加入 HIP 取決於合約續延。
 HIP 是安保健健康保險(EmblemHealth) 旗下公司。

Group Health Incorporated (GHI) , HIP Health Plan of New York (HIP) , HIP Insurance Company of New York 和 EmblemHealth Services Company, LLC 都是安保健健康保險(EmblemHealth) 旗下公司。EmblemHealth Services Company, LLC 向各安保健健康保險 (EmblemHealth) 旗下公司提供管理服務。