



会面范围确认书 (SOA)

美国联邦医疗保险和医疗补助服务中心 (CMS) 要求持照销售代理人记录代理人与 Medicare 受益人（或其授权代表）之间营销会面的范围 (SOA)*，须在任何一对一面谈或电话销售会面之前完成。本表格所提供的所有信息均予保密。每位符合 Medicare 资格的受益人或其授权代表均应单独填写一份表格。如果受益人（或其授权代表）要求了解与先前约定不同的计划类型，则须重新填写一份 SOA。

请在下方您希望代理人介绍的产品类型旁签署姓名缩写。

Medicare Advantage 计划 (Part C)	
☐	Medicare 健康维护组织 (HMO): 一种 Medicare Advantage 计划，提供 Original Medicare Part A 和 Part B 的全部医疗保障，有时也包含 Part D 处方药保障。在大多数 HMO 计划中，您只能向计划网络内的医生或医院就医（紧急情况除外）。
☐	Medicare 特殊需求计划 (C-SNP): 一种 Medicare Advantage 计划，其福利组合专为有特殊医疗需求的人士设计。所服务的特定群体包括同时拥有 Medicare 和 Medicaid 的人士、居住在养老院的人士，以及患有某些慢性疾病的人士。

签署本表格即表示您同意与销售代理人会面，讨论您在上方签署姓名缩写的产品类型。请注意，介绍产品的人员受雇于某个 Medicare 计划或与其签有合约，并非直接为联邦政府工作。该人员的报酬也可能取决于您是否参加某项计划。签署本表格并不会使您有义务参加任何计划，不会影响您当前或今后的 Medicare 参保状况，也不会自动为您参加所讨论的计划。

受益人或授权代表签名及签署日期	
签名:	签署日期:
如果您是授权代表，请在上方签名并在下方以正楷填写	
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:
代理人签名:	FMO:
受益人姓名:	受益人电话:
受益人地址:	受益人 MBI:
初次联系方式:	
代理人在本次会面中所代表的计划:	会面完成日期:
如适用，请说明未在会面前签署 SOA 的原因：（临时来访、非预期出席者等）	

*会面范围文件须遵守CMS的记录保存规定。Imperial Health Plan 是与Medicare 签约的(HMO) (HMO SNP) 计划。能否参加Imperial Health Plan 取决于合约续签情况。

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。Imperial 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而排斥任何人或不公平地对待他人。请注意：如果您说中文，您可以获得免费的语言协助服务。我们亦免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-800-838-8271（TTY：711）或与您的医疗服务提供者联系。