

상담 범위 확인서 (SOA)

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 면허를 소지한 판매 에이전트가 에이전트와 메디케어 수혜자 (또는 그 법정 대리인) 간 마케팅 상담의 범위(SOA)*를 개별 대면 또는 전화 판매 미팅 전에 문서로 기록하도록 요구합니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀로 유지됩니다. 메디케어 자격이 있는 각 수혜자 또는 그 법정 대리인마다 별도의 양식을 작성해야 합니다. 수혜자(또는 그 법정 대리인)가 이전에 합의한 것과 다른 플랜 유형에 대한 정보를 요청하는 경우 새로운 SOA가 필요합니다.

에이전트와 상담하기를 원하는 상품 유형 옆에 아래와 같이 이니셜을 기재해 주십시오.

Medicare Advantage 플랜 (Part C)	
☐	메디케어 건강관리기구(HMO): Original Medicare Part A 및 Part B의 모든 의료 보장을 제공하고 경우에 따라 Part D 처방약 보장도 포함하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 대부분의 HMO에서는 플랜 네트워크에 속한 의사나 병원에서만 진료를 받으실 수 있습니다(응급 상황 제외).
☐	메디케어 만성질환 특수플랜(C-SNP): 특별한 의료 요구가 있는 분들을 위해 설계된 혜택 패키지를 갖춘 메디케어 어드밴티지플랜입니다. 대상이 되는 특정 집단의 예로는 Medicare와 Medicaid를 모두 보유한 분, 요양원에 거주하는 분, 특정 만성 질환이 있는 분 등이 있습니다.

이 양식에 서명하시면 위에 이니셜로 표시하신 상품 유형에 대해 판매 에이전트와 상담하는 데 동의하시는 것입니다. 상품을 설명하는 사람은 메디케어 플랜에 고용되어 있거나 계약을 맺은 사람이며, 연방 정부에 직접 소속되어 일하지 않습니다. 또한 이 사람은 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수 있습니다. 이 양식에 서명하셔도 플랜에 가입할 의무가 생기지 않으며, 현재 또는 향후의 메디케어 가입에 영향을 주거나 상담한 플랜에 자동으로 가입되지 않습니다.

수혜자 또는 법정 대리인 서명 및 서명 날짜	
서명:	서명 날짜:
법정 대리인이신 경우, 위에 서명하시고 아래에 정자체로 기재해 주십시오	
대리인 성명:	수혜자와의 관계:

에이전트 작성란	
에이전트 성명:	에이전트 전화번호:
에이전트 서명:	FMO:
수혜자 성명:	수혜자 전화번호:

수혜자 주소:	수혜자 MBI:
최초 연락 방법:	
이번 미팅에서 에이전트가 대표한 플랜:	상담 완료 날짜:
해당되는 경우, 미팅 전에 SOA에 서명하지 못한 사유를 기재하십시오: (예고 없는 방문, 예정에 없던 참석자 등)	

*상담 범위 관련 문서는 CMS 기록 보존 요건의 적용을 받습니다. Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP) 입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 여부에 따라 결정됩니다.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. Imperial은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 누구도 배제하거나 부당하게 대우하지 않습니다. 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711)로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하십시오.