

Bản Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Hẹn (SOA)

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) yêu cầu các đại lý bán hàng có giấy phép phải ghi nhận phạm vi của một cuộc hẹn tiếp thị (SOA)* giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ) trước bất kỳ buổi gặp bán hàng riêng nào, trực tiếp hoặc qua điện thoại. Mọi thông tin cung cấp trên mẫu đơn này đều được giữ kín. Phải điền một mẫu đơn riêng cho mỗi người thụ hưởng hội đủ điều kiện Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ. Cần có một SOA mới nếu người thụ hưởng (hoặc người đại diện được ủy quyền) yêu cầu thông tin về một loại chương trình khác với loại đã thỏa thuận trước đó.

Xin ký tắt bên dưới, cạnh loại sản phẩm mà quý vị muốn đại lý trình bày.

Các Chương Trình Medicare Advantage (Part C)	
☐	Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe Medicare (HMO): Một chương trình Medicare Advantage cung cấp toàn bộ bảo hiểm y tế Part A và Part B của Original Medicare, và đôi khi bao gồm cả bảo hiểm thuốc theo toa Part D. Trong hầu hết các chương trình HMO, quý vị chỉ có thể được chăm sóc bởi các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ trường hợp cấp cứu).
☐	Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare (C-SNP): Một chương trình Medicare Advantage có gói quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ gồm những người có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong viện dưỡng lão, và những người mắc một số bệnh mãn tính nhất định.

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, quý vị đồng ý gặp một đại lý bán hàng để trao đổi về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý, người trình bày các sản phẩm là nhân viên hoặc người có hợp đồng với một chương trình Medicare. Họ không làm việc trực tiếp cho chính phủ liên bang. Người này cũng có thể được trả thù lao dựa trên việc quý vị ghi danh vào một chương trình. Việc ký vào mẫu đơn này KHÔNG bắt buộc quý vị phải ghi danh vào một chương trình, không ảnh hưởng đến việc ghi danh Medicare hiện tại hay tương lai của quý vị, và không tự động ghi danh quý vị vào (các) chương trình đã trao đổi.

Chữ Ký và Ngày Ký của Người Thụ Hưởng hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền	
Chữ ký:	Ngày ký:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, xin ký ở trên và viết in ở dưới	
Tên người đại diện:	Quan hệ của quý vị với người thụ hưởng:

Phần dành cho Đại lý điền	
Tên đại lý:	Điện thoại đại lý:
Chữ ký đại lý:	FMO:
Tên người thụ hưởng:	Điện thoại người thụ hưởng:
Địa chỉ người thụ hưởng:	MBI của người thụ hưởng:
Phương thức liên hệ ban đầu:	
Các chương trình bảo hiểm mà đại lý đã giới thiệu trong buổi gặp này:	Ngày hoàn tất cuộc hẹn:
Nếu có, xin nêu lý do vì sao SOA không được ký trước buổi gặp: (khách vắng lai, người tham dự ngoài dự kiến, v.v.)	



**Hồ sơ Phạm Vi Cuộc Hẹn phải tuân theo các yêu cầu lưu trữ hồ sơ của CMS. Imperial Health Plan là chương trình (HMO) (HMO SNP) có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Imperial Health Plan tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.*

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Imperial không loại trừ hay đối xử bất công với bất kỳ ai vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các phương tiện và dịch vụ trợ giúp thích hợp để cung cấp thông tin ở dạng dễ tiếp cận. Xin gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.