

會談範圍確認表

在本表格中所提供的所有資訊均會獲得保密，且應由每位擁有 Medicare 的人士或其授權代表填寫。
請在下方簽署英文姓名縮寫，以表示您同意討論本表格中所列的計劃類型。

Medicare Advantage (C 部分) 和 Medicare Advantage 處方藥計劃

Medicare 特殊需求計劃 (D-SNP) – 一種特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，適用於同時擁有 Medicare 和完整 Medicaid 福利資格的人士。

簽署本表格不代表您有義務要投保某項計劃，也不影響您目前或未來的投保，且將不會使您自動投保某項 Medicare 計劃。

受益人或授權代表簽名及簽名日期：

簽名

簽名時間

簽名日期

如果您是授權代表，請在上方簽名並在下方填寫正楷姓名：

代表姓名

您與受益人的關係

由保險代理人填寫：

Agent name:	Agent phone:
Beneficiary name:	Beneficiary phone:
Beneficiary address (optional)	
Initial method of contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in)	
Agents signature:	
Plan(s) the agent represented during this meeting:	
Date and time appointment completed:	
Plan use only:	

Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements. Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment, provide explanation why SOA was not documented prior to meeting: