

## 预约范围

美国医疗保险和联邦医疗补助服务中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services) 要求代理人在进行任何个人销售会议之前，记录营销预约的范围\*，以确保代理人 and Medicare 受益人（或其授权代表）之间对将要讨论的内容有所了解。本表格所提供的所有信息均属保密信息，应由每位医疗保险受益人或其授权代表填写。

请在您希望代理人讨论的产品类型旁，签署您的姓名首字母缩写。

(有关产品类型的说明，请参阅第 2 页)

- |                          |                                                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Stand-alone Medicare Prescription Drug Plans (独立 Medicare 处方药计划) (Part D)</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Medicare Advantage Plans (Part C) 和 Cost 计划</b>                               |
| <input type="checkbox"/> | <b>牙科/视力/听力产品</b>                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <b>住院补偿产品</b>                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <b>Medicare 补充 (Medigap) 产品</b>                                                  |

签署本表格即表示，您同意与销售代理人会面，并讨论上述已签署姓名首字母缩写的产品类型。请注意，将与您讨论这些产品的人员由 Medicare 计划雇用或签约，与联邦政府无直接隶属关系。该代理人也可能因您加入某项计划而获得报酬。

签署本表格并不代表您有义务加入某项计划，亦不影响您当前或未来加入 Medicare 的资格，更不会导致您自动加入所讨论的任何计划。

<b>受益人或授权代表签名及签署日期：</b>	
签名：	签署日期：
<b>如果您是授权代表，请在上方签名并在下方正楷填写：</b>	
代表姓名：	您与受益人的关系：

<b>由代理人填写：</b>	
代理人姓名：	代理人电话：
受益人姓名：	受益人电话：
受益人地址：	
初始联系方式：（如受益人为自行到访，请在此注明。）	
代理人签名：	
本次会面中代理人所代理的保险计划：	预约完成日期：
如果受益人未在至少 48 小时前签署本表格，代理人需解释为何未在会议前完成预约范围 (Scope of Appointment, SOA) 文件记录：	

\*预约范围文件需符合 CMS 记录保存要求。

<b>Stand-alone Medicare Prescription Drug Plans (独立 Medicare 处方药计划) (Part D)</b>
<b>Medicare Prescription Drug Plan (PDP):</b> 这是一种独立的药品计划，可为 Original Medicare、部分 Medicare Cost Plans、部分 Medicare Private-Fee-for-Service Plans，以及 Medicare Medical Savings Account Plans 增加处方药承保范围。
<b>Medicare Advantage Plans (Part C) 和 Cost 计划</b>
<b>Medicare Health Maintenance Organization (HMO):</b> 这是一种 Medicare Advantage 计划，提供所有 Original Medicare Part A 和 Part B 健康保障，有时还包括 Part D 处方药保障。在大多数 HMO 中，您只能在计划网络内的医生或医院就医（紧急情况除外）。
<b>Medicare Preferred Provider Organization (PPO) Plan:</b> 这是一种 Medicare Advantage 计划，提供所有 Original Medicare Part A 和 Part B 健康保障，有时还包括 Part D 处方药保障。PPO 拥有医生和医院网络，但您也可以使用网络外的提供者，后者通常费用较高。
<b>Medicare Private Fee-For-Service (PFFS) Plan:</b> 这是一种 Medicare Advantage 计划，您可以前往任何接受该计划付款、条款和条件并同意为您提供治疗服务的 Medicare 认证医生、医院和提供者就诊（并非所有提供者都会接受并同意）。如果您加入的是一个有网络的 PFFS 计划，您可以前往同意始终为计划会员提供治疗的网络提供者处接受治疗。前往网络外提供者处接受治疗，通常需要支付更高费用。
<b>Medicare Point of Service (POS) Plan:</b> 这是一种在本地或区域内提供的 Medicare Advantage 计划，结合了 HMO 的优势和网络外的福利。与 HMO 类似，会员需要指定一名网络内的医生作为主要医疗服务提供者。您也可以使用网络外的医生、医院和提供者，但需支付额外费用。
<b>Medicare Special Needs Plan (SNP):</b> 这是一种专为有特殊医疗需求人群设计的 Medicare Advantage 计划。特定服务对象包括：同时享有 Medicare 和 Medicaid 的个人、居住在养老院的人员、以及患有某些慢性疾病的人群。
<b>Medicare Medical Savings Account (MSA) Plan:</b> MSA 计划将高免赔额医疗计划与银行账户相结合。该计划将 Medicare 的资金存入账户。您可以使用该笔资金支付医疗费用，直至达到免赔额。
<b>Medicare Cost Plan:</b> 在 Medicare Cost Plan 中，您可以选择网络内或网络外的提供者。如果您在计划网络外接受服务，您的 Medicare 承保的服务将由 Original Medicare 支付，但您需自行承担 Medicare 的共保额和免赔额。
<b>Medicare Medicaid Plan (MMP):</b> MMP 是一种私营健康计划，旨在为符合双重资格的 Medicare 受益人提供整合且协调的 Medicare 和 Medicaid 福利。
<b>牙科/视力/听力产品</b>
此类计划为希望获得牙科、视力或听力相关保障的消费者提供额外福利。这些计划不隶属于 Medicare，也与 Medicare 无关。
<b>住院补偿产品</b>
此类计划提供额外福利；根据消费者的医疗使用情况向其理赔；有时可用于抵消共付额/共保额。这些计划不隶属于 Medicare，也与 Medicare 无关。
<b>Medicare 补充 (Medigap) 产品</b>
此类计划提供补充保障，用于填补 Original Medicare 保障中的“空白部分”。Medigap 保单通常可支付部分或全部 Medicare 覆盖服务所对应的免赔额和共保额，有时也可涵盖 Medicare 未承保的项目与服务，例如国外的医疗护理等。这些计划不隶属于 Medicare，也与 Medicare 无关。

Providence Health Assurance 与 Medicare 和俄勒冈州健康计划 (Oregon Health Plan) 签订合约，提供 HMO、HMO-POS 和 HMO SNP 保险计划。Providence Health Assurance 保险计划的可用性取决于合约续约情况。