

# Scope of Appointment Confirmation (Бланк подтверждения объема встречи)



CareOregon  
Advantage

Вся информация, представленная в этом бланке, является конфиденциальной и должна быть указана каждым лицом, участвующим в программе Medicare, или его уполномоченным представителем.

**Пожалуйста, поставьте ниже свои инициалы, чтобы подтвердить согласие на обсуждение перечисленных ниже планов страхования.**

**Medicare Advantage (Part C) и Medicare Advantage Prescription Drug (планы оплаты рецептурных препаратов)**

**Medicare Special Needs Plan (D-SNP, план обслуживания лиц с особыми потребностями)** – особый вид плана Medicare Advantage для лиц, имеющих право на участие как в программе Medicare, так и на полный объем льгот, предусмотренных программой Medicaid.

Подписание настоящего документа НЕ обязывает вас регистрироваться в план страхования, не влияет на вашу нынешнюю или будущую регистрацию и не приводит к автоматической регистрации вас в план Medicare.

**Подпись участника или уполномоченного представителя и дата подписи:**

Подпись	Время подписи	Дата подписи
---------	---------------	--------------

Если вы являетесь уполномоченным представителем, пожалуйста, поставьте подпись выше и напишите ниже печатными буквами:

Имя, фамилия представителя	Кем вы приходите участнику
----------------------------	----------------------------

## Заполняется сотрудником:

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:

Plus Scope of Appointment (SOA)  
Confirmation Form 8/24/2023

H5859\_COA\_SOA\_C