

Scope of Appointment Confirmation (Бланк подтверждения объема встречи)



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: