

Medicare 和 Medicaid 服務中心要求許可銷售代表先記錄委派範圍，然後再進行面對面的銷售會議，以明確要在許可銷售代表和 Medicare 受益人（或其授權代表）之間討論的內容。每一名 Medicare 受益人均應單獨填寫一份表格。請勾選您有意與許可銷售代表探討的主題。

**請勾選您有意探討的產品名稱：**

- Medicare Special Needs Plan (HMO SNP)：**這是一種 Medicare Advantage 計劃，有面對有特殊保健需求的人的**成套福利**。例如，所服務的特殊群體包括同時享有 Medicare 和 Medicaid 福利的人群，居住在養老院中的人群，以及患有某些慢性疾病的人群。
- Medicaid Advantage Plus 或 MAP (HMO SNP)：**這是一種 Medicare Advantage 計劃，有面對有特殊保健需求的人的**成套福利**。MAP 計劃是一種綜合了 Dual-Eligible Special Needs Plan (D-SNP) 和 Medicaid Managed Long-Term Care (MLTC) 的計劃，專為擁有 Medicare 和完整 Medicaid 且需要保健和基於社區的長期保健服務（例如居家護理和個人護理）的人群打造，協助他們盡可能長久地在自己家中和社區中獨立生活。
- Medicare 健康維護組織 (HMO)：**Medicare Advantage Plan 承保範圍包括所有 Original Medicare A 部分和B部分保健服務，有時也給付D部分處方藥。在大多數 HMO，您只能從計劃網絡內的醫生或醫院獲得保健服務（急診除外）。

在此表格上簽名即表示您同意會見許可銷售代表並討論已在上方勾選的產品類型。請注意，將與您討論產品的許可銷售代表受雇於 MetroPlus Health Plan 或者與該計劃簽訂了合約，他們會根據您參加的計劃得到薪資。

在此表格上簽名並沒有義務參加計劃，不會影響您目前已參加或未來計劃參加的計劃，也不會參加 Medicare 計劃。本表格中提供的所有資訊均為機密資訊。

**受益人或授權代表的簽名和簽名日期：**

申請人正楷姓名 \_\_\_\_\_ 申請人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

如果您是授權代表，請填寫表格，簽名並以正楷在下方清晰書寫：

與受益人的關係：\_\_\_\_\_

授權代表正楷姓名 \_\_\_\_\_ 授權代表簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**由許可銷售代表填寫（請清楚填寫）：**

許可銷售代表姓名（名字，姓氏）：\_\_\_\_\_

許可銷售代表電話號碼：\_\_\_\_\_ 許可銷售代表ID號：\_\_\_\_\_

受益人姓名（名字，姓氏）：\_\_\_\_\_

受益人電話號碼（選填）：\_\_\_\_\_ 委派結束日期：\_\_\_\_\_

受益人地址（選填）：\_\_\_\_\_

初始聯絡方式：\_\_\_\_\_

許可銷售代表簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_