

## Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu rõ đầy đủ các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi và trao đổi với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-800-885-8000, TTY 711.

### Hiểu Rõ Về Quyền Lợi

- ☐ Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ tất cả các quyền lợi và dịch vụ. Điều quan trọng là quý vị cần xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi ghi danh. Quý vị có thể truy cập [championhmo.com/member/plan-documents](http://championhmo.com/member/plan-documents) hoặc gọi 1-800-885-8000, TTY 711 để xem một bản sao của EOC.
- ☐ Xem xét danh bạ nhà cung cấp dịch vụ (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị đang khám hiện nay nằm trong mạng lưới. Nếu họ không có tên trong danh bạ, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem xét danh bạ nhà thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc mà quý vị đang sử dụng để mua thuốc theo toa nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.
- ☐ Xem xét danh mục thuốc để đảm bảo rằng các loại thuốc của quý vị được chi trả.

### Hiểu Rõ Các Quy Định Quan Trọng

- ☐ Bên cạnh phí bảo hiểm hằng tháng của chương trình, quý vị vẫn phải tiếp tục trả phí Medicare Phần B. Khoản phí này thường được khấu trừ trực tiếp từ chi phiếu An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng chi trả có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1, 2027.
- ☐ Ngoại trừ trong các trường hợp khẩn cấp hoặc chăm sóc cấp bách, chúng tôi không chi trả cho các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (những bác sĩ không có tên trong danh bạ nhà cung cấp).
- ☐ Quyền lợi chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị sẽ kết thúc khi bảo hiểm Medicare mới của quý vị có hiệu lực. Ví dụ: nếu quý vị đang tham gia Tricare hoặc một chương trình Medicare khác, quý vị sẽ không còn nhận quyền lợi từ chương trình đó khi bảo hiểm mới bắt đầu.

### Chỉ Dành Cho Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt

- ☐ Đây là một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cho Bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị có một tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng hoặc gây khuyết tật đủ điều kiện.

## Mẫu Ghi Danh 2026

### Ai có thể sử dụng mẫu này?

Người có Medicare và muốn tham gia một Chương trình Medicare Advantage.

### Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình.

**Quan trọng:** Để tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả hai loại bảo hiểm:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện).
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế).

### Khi nào tôi sử dụng mẫu này?

#### Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ 15 tháng 10 đến 7 tháng 12 mỗi năm (bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1).
- Trong vòng 3 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị lần đầu tiên có Medicare.
- Trong một số trường hợp đặc biệt mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

Vui lòng truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để biết thêm chi tiết về thời gian ghi danh.

### Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số in trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh).
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị.

**Lưu ý:** Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm chỉ vì không điền các mục này.

### Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong kỳ ghi danh mở mùa Thu (Fall Open Enrollment, từ 15 tháng 10 – 7 tháng 12), thì chương trình phải nhận được mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng 12.

- Chương trình sẽ gửi hóa đơn cho quý vị về phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để phí bảo hiểm được khấu trừ trực tiếp từ tài khoản ngân hàng của mình hoặc từ trợ cấp hằng tháng của An Sinh Xã Hội hoặc Ban Hưu trí Đường sắt (Railroad Retirement Board).

### Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị đến:

Champion Health Plan

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995

Khi họ xử lý xong yêu cầu ghi danh của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

### Làm thế nào để tôi được hỗ trợ với mẫu đơn này?

Gọi cho Champion Health Plan theo số 1-800-885-8000. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Champion Health Plan al 1-800-885-8000. TTY 711. o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Cá nhân đang trải qua tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi cư trú cố định, thì hộp thư bưu điện (PO Box), địa chỉ của một nơi tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: chi phiếu An sinh Xã hội) có thể được xem là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Giảm Giấy tờ Năm 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), không ai bị yêu cầu phải trả lời một việc thu thập thông tin trừ khi tài liệu đó có hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian để hoàn thành việc cung cấp thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi lần trả lời, bao gồm thời gian để: xem lại hướng dẫn, tìm kiếm dữ liệu hiện có, thu thập thông tin cần thiết, và điền cũng như rà soát thông tin trong mẫu. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về tính chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất cải tiến mẫu đơn này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office. Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải tiến mẫu đơn này hoặc gánh nặng thu thập thông tin (theo OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Những tài liệu đó sẽ không được lưu giữ, xem xét, hoặc chuyển tiếp cho chương trình. Vui lòng xem mục “Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?” trong trang này để biết cách gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị đến chương trình.

## Phần 1 – Tất cả các mục trong trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

CHỌN CHƯƠNG TRÌNH MÀ QUÝ VỊ MUỐN THAM GIA:

NEVADA

☐ **Champion Advantage  
(HMO-POS C-SNP) 001**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$0**

☐ **Champion Connect  
(HMO-POS C-SNP) 002**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$9,50**

☐ **Champion Select  
(HMO-POS C-SNP) 003**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$9,50**

☐ **Champion Ally (HMO) 007**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$0**

☐ **Champion Care (HMO C-SNP) 008**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$0**

☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$9,50**

☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**

**Phí bảo hiểm hàng tháng: \$9,50**

**TÊN**

**HỌ**

**M.I. (Không  
bắt buộc)**

**Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm) Giới tính**

☐

**Nam**

☐

**Nữ**

**Số điện thoại**

**Số điện thoại di động**

☐ Bằng việc cung cấp số điện thoại của quý vị, quý vị đồng ý nhận cuộc gọi và/hoặc tin nhắn từ Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion cho các mục đích liên quan đến chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin quyền lợi, điều phối chăm sóc và dịch vụ của chương trình y tế. Có thể áp dụng phí tin nhắn và dữ liệu. Quý vị có thể chọn ngừng nhận bất cứ lúc nào bằng cách trả lời STOP.

**Địa chỉ thường trú**

(Không nhập PO Box. Lưu ý: Đối với cá nhân đang trải qua tình trạng vô gia cư, một PO Box có thể được xem là địa chỉ thường trú của quý vị.)

**Thành phố**

**Quận (Tùy chọn)**

**Tiểu bang Mã bưu chính**

**Địa chỉ gửi thư nếu khác với Địa chỉ thường trú của quý vị (Được phép gửi qua hộp thư bưu điện)**

**Địa chỉ đường phố**

**Thành phố**

**Tiểu bang Mã bưu chính**

## Thông Tin Medicare Của Quý Vị

**Số Medicare:**

**Số Medicaid:**

-----

### Trả lời những câu hỏi quan trọng sau

1) Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Champion không? ☐ Có ☐ Không

**Tên Của Bảo Hiểm Khác**

**Số Hội Viên Của Bảo Hiểm Đây**

**Số Nhóm Của Bảo Hiểm Đây**

**PHẦN SAU CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH NẾU QUÝ VỊ CHỌN GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH C-SNP.**

**Một số chương trình trong danh sách trên yêu cầu quý vị phải mắc một số bệnh mạn tính nhất định.**

1) Quý vị có cần dịch vụ Chạy thận nhân tạo không? ☐ Có ☐ Không

**Tên Trung Tâm Chạy Thận**

**Địa Chỉ Trung Tâm Chạy Thận**

**Số điện thoại**

2) Quý vị có từng được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh mạn tính nào sau đây không? (đánh dấu tất cả những mục áp dụng):

☐

Lưỡng cực

☐

Tiểu đường

☐

Rối loạn nhịp tim

☐

Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)

☐

Bệnh tim mạch

☐

Trầm cảm nặng

☐

Suy tim mạn tính (CHF)

☐

Rối loạn hoang tưởng

☐

Bệnh thận mạn tính (CKD)

☐

Rối loạn phân liệt cảm xúc

☐

Suy tim sung huyết

☐

Tâm thần phân liệt

☐

Bệnh động mạch vành (CAD)

## QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới

- Tôi phải giữ cả Bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Bảo hiểm Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion.
- Bằng việc tham gia chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán, và cho các mục đích khác được pháp luật Liên bang cho phép trong việc thu thập thông tin này (xem Thông báo về Đạo luật Bảo mật – Privacy Act Statement bên dưới). Việc quý vị trả lời mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không trả lời, việc ghi danh của tôi vào chương trình có thể bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage tại một thời điểm — và rằng việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (ngoại trừ các trường hợp đặc biệt đối với chương trình MA PFFS hoặc MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm từ Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa từ Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion. Các quyền lợi và dịch vụ do Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion cung cấp và được nêu trong tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm của chương trình (còn gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người tham gia) sẽ được chi trả. Cả Medicare lẫn Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion sẽ không chi trả cho bất kỳ quyền lợi hay dịch vụ nào không được bảo hiểm.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai sự thật trong mẫu này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp để thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu đơn được ký bởi người đại diện hợp pháp (như mô tả ở trên), thì chữ ký này xác nhận rằng:
  - Người này được luật của Tiểu bang cho phép để hoàn thành việc ghi danh này, và
  - Tài liệu chứng minh quyền hạn đó sẽ được cung cấp khi Medicare yêu cầu.

**Chữ ký của Người ghi danh**

**Ngày ký (Hôm nay)**

*Nếu quý vị là người đại diện hợp pháp, quý vị phải ký ở trên và điền các mục sau:*

**Tên**

**Địa chỉ**

**Số điện thoại**

**Mối quan hệ với Người ghi danh**

## Phần 2 – Tất cả các mục trong phần này đều không bắt buộc

Việc trả lời những câu hỏi này là tùy ý của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm chỉ vì không điền các mục này.

**Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.**

☐ Tiếng Tây Ban Nha

**Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng định dạng hỗ trợ dễ tiếp cận.**

☐ Chữ nổi Braille ☐ Chữ in cỡ lớn ☐ Đĩa CD âm thanh ☐ Đĩa CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion theo số 1-800-885-8000 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng hỗ trợ khác ngoài những định dạng đã liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi: Từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3: 8 giờ sáng – 8 giờ tối, 7 ngày/tuần và Từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9: 8 giờ sáng – 8 giờ tối, Thứ Hai – Thứ Sáu. Người dùng TTY có thể gọi 711.

**Quý vị có đang làm việc không?** ☐ Có ☐ Không

**Người phối ngẫu của quý vị có đang làm việc không?** ☐ Có ☐ Không

**Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:**

**Đối với các ứng viên đăng ký Champion Advantage 001, Champion Connect 002, Champion Select 003, vui lòng ghi tên Bác sĩ chuyên khoa Thận chính của quý vị. Đối với các ứng viên đăng ký Champion Plus 010, vui lòng ghi tên Bác sĩ Tâm thần chính của quý vị:**

**Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Vui lòng chọn một hoặc nhiều mục.**

☐ Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC)

☐ Danh bạ Nhà cung cấp/Nhà thuốc

☐ Danh mục thuốc

Địa chỉ email: \_\_\_\_\_

## Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình (bao gồm cả khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ) bằng cách gửi thư, chuyển khoản điện tử (EFT), hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng.

Quý vị cũng có thể chọn cách để phí bảo hiểm được tự động khấu trừ từ trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc Ban Hưu trí Đường sắt (RRB) của quý vị mỗi tháng. Nếu quý vị phải trả Khoản Điều chỉnh Hằng tháng Liên quan đến Thu nhập cho Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả khoản bổ sung này ngoài phí bảo hiểm chương trình. **KHÔNG** gửi khoản Phần D-IRMAA cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion.

### Chỉ dành cho những cá nhân hỗ trợ người ghi danh điền mẫu đơn này

Hoàn thành mục này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ: đại lý, môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) hỗ trợ một người ghi danh điền mẫu đơn này.

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với người ghi danh: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Mã số nhà sản xuất quốc gia (Chỉ dành cho đại lý/môi giới): \_\_\_\_\_

Tên nhân viên/người môi giới (nếu được hỗ trợ ghi danh): \_\_\_\_\_

Số NPN của Đại lý: \_\_\_\_\_

Số ID chương trình: \_\_\_\_\_ Ngày có hiệu lực bảo hiểm chi trả: \_\_\_\_\_

AEP: \_\_\_\_\_ ICEP: \_\_\_\_\_ SEP (loại): \_\_\_\_\_ Ngày nhận đại lý: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Đại lý bán hàng được cấp phép (bắt buộc): \_\_\_\_\_

**TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT BẢO MẬT:** Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng vào Chương Trình Medicare Advantage (MA), nhằm cải thiện chăm sóc và thực hiện việc chi trả quyền lợi Medicare. Điều khoản 1851 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép việc thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (System of Records Notice – SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Việc quý vị trả lời mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh của quý vị vào chương trình.