CHAMPION HEALTH PLAN

Sổ Đăng Ký 2026

Champion Ally (HMO) H6170-007

Dành cho các quận Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino và San Diego

Chương trình phù hợp *dành cho quý vị!*

Champion Ally

Chương trình này là một lựa chọn tuyệt vời cho người thụ hưởng Medicare không đủ điều kiện tham gia chương trình Nhu cầu đặc biệt về tình trạng mạn tính (C-SNP). Chương trình này giúp giảm chi phí thuốc theo toa đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ và quyền lợi.

CHAMPION HEALTH PLAN

Mẫu Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Hẹn Bán Hàng

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid yêu cầu các đại lý bán hàng có giấy phép phải ghi nhận phạm vi của một cuộc hẹn tiếp thị trước bất kỳ buổi gặp mặt bán hàng cá nhân nào, nhằm đảm bảo người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện hợp pháp của họ) hiểu rõ những nội dung sẽ được trao đổi giữa đại lý và người tham gia Medicare. Tất cả thông tin được cung cấp trong mẫu này là bảo mật và phải được hoàn thành bởi từng người tham gia Medicare hoặc người đại diện hợp pháp của họ.

GẤP - GIỮ - XÉ

Vui lòng ký tắt bên cạnh loại chương trình mà quý vị muốn đại lý thảo luận.

Chương Trình Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

Các chương trình Medicare Advantage này cung cấp tất cả quyền lợi của Medicare Phần A và Phần B, và tất cả đều bao gồm Medicare Phần D cho thuốc theo toa (MAPD). Một số chương trình được thiết kế dành riêng cho những người có nhu cầu đặc biệt, chẳng hạn như những người mắc bệnh mạn tính (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cho Bệnh mạn tính – Chronic Condition Special Needs Plans, gọi tắt là C-SNP).

☐ **Medicare Advantage HMO (Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe):** Quý vị phải sử dụng bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác nằm trong mạng lưới của chương trình, ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu. Quý vị phải chọn bác sĩ chăm sóc chính và có thể sẽ được yêu cầu phải có giấy giới thiệu để được khám với các bác sĩ chuyên khoa.

☐ **Chương Trình Medicare Advantage POS (Điểm dịch vụ) (HMO-POS):** Các chương trình này kết hợp tính năng của HMO với một số quyền lợi chăm sóc ngoài mạng lưới. Quý vị chọn bác sĩ chăm sóc chính trong mạng lưới, nhưng vẫn có thể đến khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một số dịch vụ và quyền lợi nhất định. Chi phí quý vị phải trả có thể khác nhau khi đi khám ngoài mạng lưới. Một số C-SNP có bao gồm tùy chọn POS, cho phép tiếp cận một phần với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tùy chọn này chỉ áp dụng cho các Chương trình Champion HMO-POS liên quan đến C-SNP dành cho bệnh thận mạn tính (CKD) hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD).

GẤP - GIỮ - XÉ

☐ **Các chương trình nhu cầu đặc biệt về tình trạng mạn tính (HMO C-SNP):** Các chương trình này được thiết kế cho những người mắc các tình trạng mạn tính cụ thể, chẳng hạn như Bệnh thận mạn tính (CKD) bao gồm Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD), tiểu đường hoặc bệnh tim, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD) hoặc rối loạn nhịp tim, hoặc các tình trạng sức khỏe hành vi như Tâm thần phân liệt, rối loạn phân liệt, rối loạn lưỡng cực, rối loạn trầm cảm nặng, hoặc hoang tưởng tái phát và các rối loạn tâm thần khác. Các chương trình này điều chỉnh các quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ và danh mục thuốc để đáp ứng tốt nhất các nhu cầu cụ thể của nhóm đối tượng mà chương trình phục vụ. Một số chương trình C-SNP bao gồm lựa chọn POS cho phép sử dụng một số dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài hệ thống. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi đến khám với các nhà cung cấp ngoài hệ thống.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu Xác Nhận Phạm Vi Cuộc Hẹn Bán Hàng (tiếp theo)

Bằng việc ký vào mẫu này, quý vị đồng ý tham gia một buổi gặp với đại lý bán hàng có giấy phép để thảo luận về các loại sản phẩm (chương trình) mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý, người sẽ thảo luận về các sản phẩm này là nhân viên hoặc cộng tác viên của một chương trình Medicare. Họ không làm việc trực tiếp cho Chính Phủ Liên Bang. Người này cũng có thể được trả thù lao dựa trên việc quý vị có ghi danh vào một chương trình hay không.

Việc ký vào mẫu này KHÔNG bắt buộc quý vị phải ghi danh vào một chương trình, KHÔNG ảnh hưởng đến tình trạng ghi danh hiện tại, và KHÔNG tự động ghi danh quý vị vào bất kỳ chương trình Medicare nào.

Chữ ký và Ngày ký của Người Thụ hưởng hoặc Người Đại diện Hợp pháp:	
Chữ ký:	Ngày ký:
Nếu quý vị là người đại diện hợp pháp, vui lòng ký ở trên và viết chữ in hoa bên dưới:	
Tên Người đại diện:	
Mối quan hệ của quý vị với Người thụ hưởng:	

Phần dành cho Đại lý điền:

Tên đại lý:	Số NPN của Đại lý:
Số điện thoại của Đại lý:	Email của Đại lý:
Tên Người thụ hưởng:	Số điện thoại Người thụ hưởng:
Địa chỉ Người thụ hưởng: *(không bắt buộc)*	
Phương thức liên lạc ban đầu: *(Ghi rõ ở đây nếu ứng viên là người đến không hẹn trước)*	
Chữ ký của Đại lý:	Ngày hoàn tất Cuộc hẹn:

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

Tóm tắt *Những quyền lợi*

Champion Ally (Đồng minh bảo vệ) (HMO) H6170-007

Dành cho các quận Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino và San Diego

Tóm tắt *Những quyền lợi* năm 2026

Champion Health Plan

Ngày 1 tháng 1 năm 2026 - ngày 31 tháng 12 năm 2026

Chương trình bảo hiểm y tế Champion là một HMO của Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc đăng ký Champion Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin về quyền lợi được cung cấp là bản tóm tắt về những gì chúng tôi chi trả và những gì quý vị có thể phải trả. Nó không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi cung cấp hoặc liệt kê mọi hạn chế hoặc loại trừ. Để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ chúng tôi bảo hiểm, vui lòng truy cập vào tập sách "Bằng chứng bảo hiểm" tại championhmo.com.

Để tham gia **Champion Ally (HMO)**, quý vị phải đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A, đã đăng ký Medicare Phần B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino và San Diego.

Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể không thanh toán cho những dịch vụ này.

Để biết về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong sổ tay "Medicare & Quý vị" hiện tại của quý vị. Xem trực tuyến tại medicare.gov hoặc nhận bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, bao gồm cả một số ngày lễ liên bang. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Tài liệu này có ở các định dạng khác như chữ nổi, chữ in lớn hoặc âm thanh.

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 1-800-885-8000 từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 7 ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ chuẩn Thái Bình Dương (PST) và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ PST. Quý vị cũng có thể xem chúng tôi tại championhmo.com.

Chi tiết chương trình	Champion Ally (Đồng minh bảo vệ)
Phí bảo hiểm hàng tháng	$0
Khấu trừ chương trình hàng năm	Không có khấu trừ
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (MOOP)	$199
Bệnh viện nội trú	$0 cho mỗi lần lưu trú Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Bệnh viện ngoại trú và Trung tâm phẫu thuật ngoại trú (ASC)	Đồng thanh toán $100 cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Đồng thanh toán $0 cho phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật ngoại trú Đồng thanh toán $0 cho việc theo dõi bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.

Chi tiết chương trình	Champion Ally (Đồng minh bảo vệ)
Bác sĩ chăm sóc chính	Đồng thanh toán $0
Chuyên gia	Đồng thanh toán $0 Có thể cần phải có sự cho phép đối với tất cả các dịch vụ ngoại trừ dịch vụ về thận.
Dịch vụ phòng ngừa (Khám sàng lọc được Medicare chi trả)	Đồng thanh toán $0
Chăm sóc cấp cứu (Khoa Cấp cứu Bệnh viện)	Đồng thanh toán $70 Miễn đồng thanh toán nếu nhập viện trong vòng 24 giờ do sự cố liên quan đến sức khỏe.
Chăm sóc Cấp cứu Toàn cầu	$0 Đồng trả cho mức quyền lợi tối đa lên đến $100.000 trên phạm vi Toàn cầu, được chương trình hoàn trả nhưng không vượt quá 60% mức phí Medicare tại địa phương. Kết hợp với Chăm sóc cần thiết khẩn cấp toàn cầu.
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp (Trung tâm chăm sóc khẩn cấp ngoài bệnh viện)	Đồng thanh toán $0
Chăm sóc cần thiết khẩn cấp toàn cầu	$0 Đồng trả cho mức quyền lợi tối đa lên đến $100.000 trên phạm vi Toàn cầu, được chương trình hoàn trả nhưng không vượt quá 60% mức phí Medicare tại địa phương. Kết hợp với Chăm sóc Cấp cứu Toàn cầu.
Dịch vụ chẩn đoán/Phòng xét nghiệm/ Chụp ảnh • Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán • Tia X • Dịch vụ phòng xét nghiệm • Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (như chụp MRI, CT) • Dịch vụ X quang trị liệu (như điều trị ung thư bằng xạ trị)	Đồng thanh toán $0 Các xét nghiệm, quy trình chẩn đoán và dịch vụ phòng xét nghiệm có thể yêu cầu phải có sự cho phép và giới thiệu.
Dịch vụ thính giác	
• Các dịch vụ được Medicare chi trả	Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ được Medicare chi trả hàng năm
• Khám thính lực định kỳ và lắp/đánh giá máy trợ thính	Đồng thanh toán $0 cho một lần khám định kỳ và một lần lắp/đánh giá máy trợ thính mỗi năm
• Máy trợ thính	Đồng thanh toán $149 cho mỗi máy trợ thính (tất cả các mẫu) lên đến (2) máy mỗi (3) năm

Chi tiết chương trình	Champion Ally (Đồng minh bảo vệ)
Dịch vụ nha khoa	Đồng thanh toán $0 cho Dịch vụ Nha khoa Phòng ngừa và các dịch vụ nha khoa được Medicare chi trả Giảm 20% đến 40% chi phí cho Dịch vụ Nha khoa Toàn diện. Có thể áp dụng một số hạn chế. Giới hạn bảo hiểm quyền lợi hàng năm là $3.000 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp Các dịch vụ nha khoa toàn diện có thể yêu cầu phải có sự cho phép và giới thiệu.
Dịch vụ thị giác	
• Khám mắt được Medicare chi trả	Đồng thanh toán $0 cho một kỳ khám được Medicare chi trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng về mắt (bao gồm cả sàng lọc bệnh tăng nhãn áp hàng năm)
• Gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng được Medicare chi trả	Đồng thanh toán $0 cho (1) cặp kính mắt được Medicare chi trả (kính mắt hoặc kính áp tròng) sau phẫu thuật đục thủy tinh thể
• Khám mắt định kỳ	Đồng thanh toán $0 cho (1) lần khám mắt định kỳ, khúc xạ lên đến (1) lần mỗi năm
• Kính mắt (tròng kính và gọng kính) và các nâng cấp	Trợ cấp $335 cho kính mắt (tròng kính và gọng kính) và nâng cấp hàng năm
Bệnh nhân nội trú sức khỏe tâm thần	Đồng thanh toán $100 cho ngày 1-10 Đồng thanh toán $0 cho ngày 11-90 Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Bệnh nhân ngoại trú về sức khỏe tâm thần (Các buổi liệu pháp cá nhân và nhóm được Medicare chi trả)	Đồng thanh toán $0 Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Cơ sở điều dưỡng lành nghề	Đồng thanh toán $0 cho ngày 1-20 Đồng thanh toán $218 cho ngày 21-100 Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Phục hồi chức năng ngoại trú • Vật lý trị liệu • Liệu pháp ngôn ngữ • Liệu pháp phục hồi chức năng	Đồng thanh toán $0 Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Dịch vụ xe cứu thương	20% chi phí cho dịch vụ máy bay cứu thương được Medicare chi trả $0 hoặc $125 cho chi phí dịch vụ xe cứu thương mặt đất được Medicare chi trả Mức chia sẻ chi phí tối thiểu áp dụng cho dịch vụ vận chuyển cứu thương trên không và trên bộ không cấp cứu. Có thể cần phải có sự cho phép đối với các dịch vụ không cấp cứu.
Chuyên chở	Đồng thanh toán $0 Một chiều đến 24 địa điểm liên quan đến sức khỏe được phê duyệt theo chương trình

Chi tiết chương trình	Champion Ally (Đồng minh bảo vệ)
Thuốc Medicare Phần B	0% đến 20% chi phí Đồng thanh toán từ $0 đến $24 cho 30 ngày cung cấp insulin Phần B. Có thể cần phải xin phép trước.
Lọc thận	20% chi phí
Thiết bị y tế lâu bền (DME)	DME, Chân tay giả và Vật tư y tế: $0 cho các mặt hàng có giá trị $100 trở xuống 20% giá cho các mặt hàng trên $100 Các dịch vụ có thể cần phải được sự cho phép.
Thực phẩm lành mạnh / Các mặt hàng không kê đơn / Quyền lợi dịch vụ tiện ích	Trợ cấp $330 mỗi (3) tháng Đồng thanh toán $0 cho khoản trợ cấp hàng quý để mua thực phẩm và nông sản lành mạnh, các mặt hàng không kê đơn, sản phẩm chăm sóc sức khỏe và/hoặc hỗ trợ dịch vụ tiện ích. Những quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Các bệnh đủ điều kiện bao gồm bệnh tiểu đường, rối loạn tim mạch, đột quỵ, thừa cân/béo phì/hội chứng chuyển hóa và ung thư. Đây không phải là danh sách đầy đủ các bệnh đủ điều kiện. Vui lòng xem Biểu đồ quyền lợi y tế của Chương 4, Mục 2 trong Bằng chứng bảo hiểm dành cho Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho Người bệnh mãn tính để biết danh sách đầy đủ các bệnh đủ điều kiện.
Châm cứu	
• Châm cứu được Medicare chi trả	Đồng thanh toán $0
• Châm cứu thường quy	Đồng thanh toán $0 cho tối đa 50 lần khám mỗi năm
Nắn xương	
• Chăm sóc nắn xương được Medicare chi trả	Đồng thanh toán $0
• Chăm sóc nắn xương thường quy	Đồng thanh toán $0 cho tối đa 20 lần khám mỗi năm
Lợi ích của Silver&Fit Fitness	Đồng thanh toán $0 để được hoàn lại tới $35 mỗi tháng cho thẻ thành viên phòng tập thể dục hoặc các lớp thể dục
Dịch vụ Điều trị bàn chân (Chỉ những dịch vụ được Medicare chi trả)	Đồng thanh toán $0 Các dịch vụ có thể cần sự cho phép và giới thiệu.
Nhà an dưỡng cuối đời	Được bảo hiểm bởi Medicare gốc
Thiết bị và Cải tạo An toàn trong Nhà và Phòng tắm	$0 Đồng trả cho việc cung cấp ghế tắm
Hệ Thống Ứng Phó Cấp Cứu Dành Cho Cá Nhân (PERS)	$0 Đồng trả
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm	$0 Đồng trả cho một (1) lần khám hàng năm
Giáo dục sức khỏe	Đồng thanh toán $0

Bảo hiểm thuốc theo toa		
Chi tiết chương trình	**Champion Ally (Đồng minh bảo vệ)**	
Phần D Khấu trừ	Không có khấu trừ	Không có khấu trừ
	Nhà thuốc bán lẻ tham gia	**Đặt hàng qua thư**
Phạm vi bảo hiểm ban đầu	Nguồn cung cấp lên đến 30 ngày	Nguồn cung cấp 100 ngày
Bậc 1: Thuốc gốc ưu tiên	Đồng thanh toán $0	Đồng thanh toán $0
Bậc 2: Thuốc gốc	Đồng thanh toán $3	Đồng thanh toán $6
Bậc 3: Biệt dược ưu tiên	Đồng thanh toán $47	Đồng thanh toán $94
Bậc 4: Biệt dược không ưu tiên	Đồng thanh toán $100	Đồng thanh toán $200
Bậc 5: Bậc thuốc chuyên khoa	33% chi phí	Không có nguồn cung cấp 100 ngày ở Bậc 5
Bậc 6: Chọn thuốc chăm sóc	Đồng thanh toán $0	Đồng thanh toán $0
Bảo hiểm thảm họa (sau khi quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị thanh toán $2.100)	Trong giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.	
Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho Insulin	Tại các địa điểm bán lẻ thuốc, quý vị sẽ không phải trả quá $20 cho nguồn cung cấp một tháng hoặc $60 cho nguồn cung cấp ba tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi ở Bậc 1, 2, 3, 4 và 6. Quý vị sẽ không phải trả quá $35 cho lượng insulin cung cấp trong một tháng theo Bậc 5. Khi đặt hàng qua thư, quý vị sẽ không phải trả quá $40 cho nguồn cung cấp ba tháng cho mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi ở Bậc 1, 2, 3, 4 và 6. Không thể đặt hàng qua thư để cung cấp insulin dài hạn ở Bậc 5.	
Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin	Chương trình của chúng tôi bao gồm hầu hết các loại vắc-xin Phần D mà quý vị không phải trả phí. Gọi tới Dịch vụ hội viên để biết thêm thông tin.	
Chương trình Trợ gúp bổ sung	Nếu quý vị đáp ứng giới hạn thu nhập thấp của liên bang, quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Trợ giúp bổ sung, là chương trình hỗ trợ những người có chia sẻ chi phí theo Phần D, bao gồm cả khoản khấu trừ. Quý vị có thể trả $0 cho phí bảo hiểm Phần D, khoản khấu trừ và không quá số tiền trợ cấp thu nhập thấp cho tất cả các loại thuốc Phần D của quý vị.	

Nguồn tài liệu *Quyền Lợi Bổ Sung*

Vượt ra ngoài Original Medicare

Nhãn khoa
Quý vị được chăm sóc thị lực định kỳ, bao gồm khám mắt và kính, thông qua EyeMed.

Nha khoa
Được bảo hiểm thông qua Delta Dental để giúp quý vị và răng miệng luôn khỏe mạnh.

Vận chuyển
Tìm hiểu cách tận dụng tối đa quyền lợi vận chuyển của quý vị.

Quyền Lợi Thực Phẩm Lành Mạnh / Vật Phẩm Không Cần Toa (OTC) / Hỗ Trợ Tiện Ích
Quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ giao thực phẩm lành mạnh khi tham gia chương trình quản lý chăm sóc. Ngoài ra, quý vị có thể lựa chọn từ danh mục sản phẩm OTC và tiện ích đã được bác sĩ chuyên khoa thận lựa chọn đặc biệt để hỗ trợ quý vị.

Chăm sóc sức khỏe từ xa
Chương Trình Chăm Sóc Sức Khoẻ Champion cho phép quý vị kết nối với bác sĩ 24/7; một lựa chọn tuyệt vời cho chăm sóc khẩn cấp, kết nối với bác sĩ chuyên khoa, và nhiều hơn nữa.

Thính lực
Hầu hết các chương trình cung cấp khám thính lực và máy trợ thính thông qua TruHearing.

Cảnh báo cá nhân
Hệ thống Ứng cứu cấp cứu cá nhân cung cấp hỗ trợ chỉ với một nút bấm.

Châm cứu và nắn xương
Nhiều chương trình bao gồm quyền lợi châm cứu và nắn xương, thông qua American Specialty Health, để hỗ trợ sức khỏe toàn diện.

Thể dục
Giữ cơ thể năng động với hội viên phòng tập thể dục và hoàn tiền lớp thể dục do hầu hết các chương trình cung cấp thông qua chương trình Silver&Fit.

Quyền lợi có thể khác nhau tùy chương trình. Vui lòng xem trong Chứng Từ Bảo Hiểm để biết chi tiết về quyền lợi của quý vị.

Trang này chủ định để trống

CHAMPION HEALTH PLAN

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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 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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu Ghi Danh 2026

GẤP - GIỮ - XÉ

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 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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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: **CALIFORNIA**

☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001**
Phí bảo hiểm hằng tháng: $0

☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002**
Phí bảo hiểm $0 mỗi tháng

☐ **Champion Select (HMO-POS C-SNP) 003**
Phí bảo hiểm $8,40 mỗi tháng

☐ **Champion Ally (HMO) 007**
Phí bảo hiểm hằng tháng: $0

☐ **Champion Care (HMO C-SNP) 008**
Phí bảo hiểm hằng tháng: $0

☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**
Phí bảo hiểm $12 mỗi tháng

☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
Phí bảo hiểm $12 mỗi tháng

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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**

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

Thông Tin Medicare Của Quý Vị

Số Medicare:

__ __ __ __ – __ __ __ – __ __ __ __

Số Medi-Cal:

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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 Này

Số Nhóm Của Bảo Hiểm Này

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
- ☐ Rối loạn nhịp tim
- ☐ Bệnh tim mạch
- ☐ Suy tim mạn tính (CHF)
- ☐ Bệnh thận mạn tính (CKD)
- ☐ Suy tim sung huyết
- ☐ Bệnh động mạch vành (CAD)
- ☐ Tiểu đường
- ☐ Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)
- ☐ Trầm cảm nặng
- ☐ Rối loạn hoang tưởng
- ☐ Rối loạn phân liệt cảm xúc
- ☐ Tâm thần phân liệt

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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:

1) Người này được luật của Tiểu bang cho phép để hoàn thành việc ghi danh này, và
2) Tài liệu chứng minh quyền hạn đó sẽ được cung cấp khi Medicare yêu cầu.

GẤP - GIỮ - XÉ

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**

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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:_____

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hằng 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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA)

Thông tin này sẽ giúp chúng tôi hiểu được nhu cầu sức khỏe của quý vị. Các câu trả lời của quý vị SẼ KHÔNG ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị. Chuyển câu hỏi về mẫu đơn này đến số 1-800-885-8000 hoặc 711 dành cho TTY.

GẤP - GIỮ - XÉ

Ngày hôm nay:_____

Thông tin cá nhân

Tên:_____

Địa chỉ (Thành phố/Tiểu bang/Mã ZIP): _____

Số Điện thoại phù hợp nhất: _____

Ngày sinh: _____

ID Medicare: _____

ID Medicaid (Medi-CAL): _____

ID hội viên Champion Health Plan: _____

Người hoàn thành mẫu đơn này: _____

Mối quan hệ với hội viên: _____

Quyền đồng ý hoặc từ chối

Tôi ☐ Chấp nhận/Chọn tham gia hoặc ☐ Từ chối/Không tham gia Đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) của Champion Health Plan

Đánh giá sức khỏe thể chất

GẤP - GIỮ - XÉ

1. Chiều cao của quý vị _____(chỉ inch)
2. Cân nặng của quý vị _____(pound)
3. Quý vị có lo lắng về sức khỏe của mình không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị có cảm thấy mình vận động thể chất/tập thể dục đủ không? ☐ Có ☐ Không
5. Quý vị có cảm thấy chế độ ăn uống của mình hỗ trợ lối sống lành mạnh không? ☐ Có ☐ Không

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

GẤP - GIỮ - XÉ

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày

6. Quý vị cần trợ giúp ở mức độ như thế nào cho từng mục sau?

Hoạt động	Không cần trợ giúp	Cần một chút trợ giúp	Không thể làm gì cả
Tắm rửa	☐	☐	☐
Mặc quần áo	☐	☐	☐
Ăn uống	☐	☐	☐
Ra khỏi giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Dùng thuốc	☐	☐	☐
Sử dụng phòng tắm	☐	☐	☐
Đi bộ	☐	☐	☐
Dịch vụ chuyên chở	☐	☐	☐

7. Quý vị hiện đang sống ở đâu?
☐ Nhà riêng ☐ Nơi sống có trợ giúp ☐ Viện điều dưỡng ☐ Nhà ở theo nhóm
☐ Căn hộ ☐ Chung cư ☐ Nhà tạm trú ☐ Nhà di động/nhà xe kéo
☐ Vô gia cư ☐ Khác

8. Nếu quý vị cần giúp đỡ, quý vị có ai ở gần hoặc người chăm sóc nào giúp quý vị không?
☐ Gia đình ☐ Bạn bè ☐ Hàng xóm ☐ Người chăm sóc ☐ Không có sự giúp đỡ
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

9. Thiết bị y tế (chọn tất cả các mục phù hợp)
☐ Khung tập đi ☐ Xe lăn ☐ Giường bệnh ☐ Ôxy ☐ Máy khí dung
☐ Nhà vệ sinh di động ☐ Ghế tắm ☐ C-pap/Bi-pap ☐ Khác

GẤP - GIỮ - XÉ

Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

10. Có điều gì ngăn cản quý vị thực hiện các bước để nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết không?
☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
Nếu có, hãy đánh dấu tất cả các mục phù hợp
☐ Dịch vụ chuyên chở ☐ Chi phí dịch vụ y tế ☐ Chi phí thuốc men
☐ Tiếp cận dịch vụ ☐ Hỗ trợ người chăm sóc ☐ Sự khác biệt về ngôn ngữ
☐ Sự khác biệt về văn hóa ☐ Người khiếm thính ☐ Khó khăn về thị giác
☐ Sự phản đối của gia đình ☐ Các vấn đề xã hội: sự phân biệt đối xử/sự ngờ vực
☐ Các vấn đề về sức khỏe tâm thần/không tin tưởng một số người
☐ Bạo lực gia đình/lạm dụng ☐ Lạm dụng người cao tuổi ☐ Khác

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

GẤP - GIỮ - XÉ

Tiền sử sức khỏe lâm sàng và điều trị

11. Tên Bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Physician, PCP) của quý vị là gì? _____

_____

12. Quý vị có cần PCP không? ☐ Tôi cần một PCP mới ☐ Không

13. Lần cuối cùng quý vị đến khám với Bác sĩ chăm sóc chính của mình là khi nào?
☐ Dưới 6 tháng ☐ Hơn 6 tháng ☐ 12 tháng hoặc lâu hơn

14. Quý vị đã phải nhập viện hoặc đến phòng cấp cứu bao nhiêu lần trong 12 tháng qua?
☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần ☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần

15. Quý vị có vào cơ sở chăm sóc hậu cấp tính (điều dưỡng chuyên môn, phục hồi chức năng hoặc chăm sóc dài hạn) trong 12 tháng qua không? ☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần ☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần

16. Vui lòng chọn Có hoặc Không và nêu ra (các) Nhà cung cấp dịch vụ điều trị cho các tình trạng sau:

Hen suyễn hoặc viêm phế quản mạn tính	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
COPD hoặc khí phế thũng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Thường xuyên té ngã	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loãng xương	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Viêm xương khớp	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Gãy xương gần đây	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Parkinson/ALS/MS/Lupus	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Ung thư	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
HIV/AIDS	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

GẤP - GIỮ - XÉ

Trầm cảm	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Bệnh tâm thần nghiêm trọng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Mắt: Bị mù hoặc khiếm thị ngay cả khi đeo kính	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tai: Bị điếc hoặc khiếm thính ngay cả khi đeo máy trợ thính?	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Đột quỵ, nhồi máu cơ tim, đau ngực hoặc tắc nghẽn động mạch	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy tim sung huyết (CHF)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề với hệ tuần hoàn	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Huyết áp cao	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Sưng (mắt cá chân hoặc chân)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tiểu đường ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Tiền tiểu đường ☐ Thai kỳ	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loét da, vết thương không lành, vết loét	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Cấy ghép nội tạng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Mất trí nhớ, sa sút trí tuệ hoặc bệnh Alzheimer	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tiểu tiện không tự chủ hoặc vấn đề kiểm soát bàng quang	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề về ruột	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khác	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

GẤP - GIỮ - XÉ

Hoạt động lập kế hoạch cuộc sống

17. Quý vị có hoặc cần những thứ sau đây không: Chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước như Di chúc sống hoặc Lệnh của bác sĩ về điều trị duy trì sự sống (POLST)?
☐ Có ☐ Không ☐ Tôi cần làm

Duy trì sức khỏe phòng ngừa

18. Quý vị có tiêm vắc-xin/tiêm phòng cúm hàng năm không?
☐ Có ☐ Không

19. Quý vị đã tiêm vắc-xin/tiêm phòng Covid trong năm nay chưa?
☐ Có ☐ Không

20. Quý vị có kiểm tra/khám sàng lọc ung thư đại tràng trong 10 năm qua không?
☐ Có ☐ Không

21. Quý vị có làm xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung trong 2 năm qua không?
☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

22. Quý vị có chụp quang tuyến vú trong 2 năm qua không?
☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

GẤP - GIỮ - XÉ

23. Quý vị có sử dụng thuốc lá (hút, nhai, hít hoặc bất kỳ hình thức nào khác) không?
☐ Có ☐ Không

24. Việc uống rượu có ảnh hưởng tới cuộc sống cá nhân hoặc công việc của quý vị không?
☐ Có ☐ Không

25. Tần suất đau trong tuần qua?
☐ Không đau ☐ Đau một số ngày ☐ Đau hàng ngày

26. Thuốc giảm đau hay liệu pháp khác? ☐ Có ☐ Không

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

GẤP - GIỮ - XÉ

Sức khỏe hành vi và tâm thần

27. Trong 2 tuần qua, quý vị cảm thấy khó chịu bởi bất kỳ cảm giác nào sau đây thường xuyên như thế nào?

Cảm thấy chán nản, buồn bã, tuyệt vọng	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Ít hứng thú/vui thích khi làm mọi việc	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Cơn khóc lóc	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Khó ngủ	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Bồn chồn / lo âu / lo lắng	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Kích động / Dễ cáu kỉnh / Tức giận	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày
Suy nghĩ làm tổn thương bản thân hoặc người khác	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như hàng ngày

28. Các vấn đề sức khỏe cá nhân hoặc gia đình có dẫn đến mất việc làm hoặc mất hoạt động hàng ngày không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc chắn ☐ Không áp dụng

29. Hiện tại quý vị đang gặp phải những yếu tố gây căng thẳng nào (hãy chọn tất cả những mục phù hợp)?

☐ Mối quan hệ ☐ Gia đình ☐ Con cái ☐ Thiếu sự hỗ trợ xã hội ☐ Nghề nghiệp
☐ Sức khỏe thể chất nói chung ☐ Tài chính ☐ Khác ☐ Không áp dụng

GẤP - GIỮ - XÉ

Nhu cầu về văn hóa và ngôn ngữ

30. Quý vị có theo một tôn giáo hay truyền thống tâm linh nào không?

☐ Chủ nghĩa vô thần/Chủ nghĩa bất khả tri ☐ Phật giáo ☐ Công giáo ☐ Kitô giáo
☐ Khoa học Cơ đốc giáo ☐ Ấn Độ giáo ☐ Hồi giáo ☐ Nhân chứng Giê-hô-va
☐ Do Thái giáo ☐ Người Mormon ☐ Khác ☐ Không có/Không liên kết
☐ Không muốn trả lời

31. Ngôn ngữ chính của quý vị là gì?

☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Pháp Creole
☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tagalog ☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

32. Quý vị mô tả dân tộc của mình như thế nào?

☐ Người da trắng hoặc người gốc Âu ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
☐ Người gốc Tây Ban Nha/Latinh ☐ Người Mỹ da đỏ/Người bản địa Alaska
☐ Châu Á ☐ Người dân đảo Thái Bình Dương/Người Hawaii bản địa ☐ Không rõ
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

GẤP - GIỮ - XÉ

Nhân khẩu học

33. Quý vị xác định mình thuộc giới tính nào?

☐ Nam giới ☐ Nữ giới ☐ Liên giới tính ☐ Chuyển giới
☐ Không tuân theo chuẩn giới ☐ Riêng tư ☐ Hoạn quan
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác_____

34. Hiện tại quý vị đang sống với ai?

☐ Một mình ☐ Con cái ☐ Gia đình mở rộng ☐ Bạn bè ☐ Cha mẹ
☐ Bạn cùng phòng ☐ Anh chị em ruột ☐ Vợ/Chồng/Đối tác ☐ Khác_____

Nhà ở

35. Quý vị có gặp phải những vấn đề sau đây không (hãy chọn tất cả những mục phù hợp)?

☐ Sâu bọ ☐ Động vật gặm nhấm ☐ Chì/Amiăng ☐ Nấm mốc
☐ Các vấn đề về điện ☐ Các vấn đề về sưởi ấm ☐ Các vấn đề về nước
☐ Ngôi nhà không an toàn ☐ Không có vấn đề ☐ Khác _____

36. Quý vị có truy cập internet không (hãy chọn tất cả các mục phù hợp)?

☐ Máy tính ☐ Điện thoại ☐ Máy tính bảng ☐ Khác _____

Mục tiêu cá nhân

37. Mục tiêu chính cho sức khỏe tổng thể của quý vị là gì? _____

_____

GẤP - GIỮ - XÉ

38. Là người chăm sóc, mục tiêu chính của quý vị đối với thành viên gia đình hoặc khách hàng là gì? _____

_____

Cảm ơn quý vị đã giúp đỡ. Thông tin này rất quan trọng để cung cấp dịch vụ chăm sóc tối ưu phù hợp với yêu cầu và nhu cầu của quý vị. Vui lòng gửi mẫu đơn đã hoàn thành này đến:

Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Điều Gì Sẽ Xảy Ra *Tiếp Theo?*

Quý vị đã nộp Đơn Ghi Danh Chương Trình Chăm Sóc Sức Khoẻ Champion — vậy bước tiếp theo là gì?

Đã Nhận Đơn Ghi Danh
Đơn ghi danh của quý vị được gửi đến Chương Trình Chăm Sóc Sức Khoẻ Champion qua điện thoại, thư, fax, đại lý, hoặc qua internet. Chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý đơn của quý vị ngay lập tức.

Thư Xác Nhận Ghi Danh (OEV)
Thư này xác nhận việc quý vị đã ghi danh vào Chương Trình. Trong thư sẽ có thông tin như Số ID Hội Viên và thông tin về Thuốc Theo Đơn

Thẻ ID Hội Viên Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion của Quý Vị
Quý vị sẽ nhận được Thẻ ID Hội Viên Champion qua đường bưu điện. Hãy giữ thẻ này ở nơi thuận tiện! Quý vị sẽ cần sử dụng thẻ khi đi khám bác sĩ, lấy thuốc tại nhà thuốc, hoặc khi nhập viện. (Lưu ý: Thẻ nha khoa sẽ được gửi riêng).

Gói Chào Mừng
Quý vị sẽ nhận được một gói tài liệu chứa thông tin quan trọng về cách tận dụng tối đa quyền lợi bảo hiểm của quý vị trong Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion.

Cuộc Gọi hoặc Buổi Hẹn Chào Mừng
Một đại diện sẽ gọi cho quý vị để sắp xếp thời gian cùng xem qua Gói Chào Mừng.

Hỗ Trợ Chi Phí Medicare
Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính liên bang, gọi là Trợ Giúp Bổ Sung. Nhiều người vẫn đủ điều kiện ngay cả khi họ không có thu nhập thấp. Để nộp đơn xin hỗ trợ chi phí thuốc men này, vui lòng gọi An Sinh Xã Hội (Social Security) theo số 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778, hoặc nộp đơn trực tuyến tại SSA.gov.

Thông báo không phân biệt đối xử

Champion Health Plans-USA (Champion) và các công ty con, bao gồm Champion Health Plan of California, Inc.; Renal Payer Solutions, Inc.; Champion Payer Solutions, LLC. tất cả đều tuân thủ luật dân quyền liên bang hiện hành. Champion Health Plan không loại trừ cá nhân, từ chối quyền lợi hoặc đối xử khác biệt với họ dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục hoặc tôn giáo.

Champion Health Plan cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho những người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Các dịch vụ đó có thể bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở nhiều định dạng khác nhau như: bản in cỡ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập và nhiều định dạng khác.

Champion Health Plan cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như thông dịch viên có trình độ và thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.
Nếu bạn cần những dịch vụ này hoặc cho rằng Champion Health Plan đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc bản dạng giới, hãy liên hệ **Dịch vụ Hội viên của Champion Health Plan tại:**

Điện thoại:	**Quay số 1-800-885-8000**
TTY:	Quay số “711”
Bưu điện Hoa Kỳ:	**Champion Health Plan Grievance Department** PO Box 15337 Long Beach, CA 90815-9995

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp để nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo, Dịch vụ Hội viên của Champion Health Plan luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.
Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền, theo hình thức điện tử thông qua Cổng thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Điện thoại:	1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Bưu điện:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Dịch vụ phiên dịch đa ngôn ngữ

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-885-8000. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-885-8000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我┌提供免┌的翻┌服┌，┌助┌解答┌于健康或┌物保┌的任何疑┌。如果┌需要此翻┌服┌，┌致┌1-800-885-8000。我┌的中文工作人┌很┌意┌助┌。┌是一┌免┌服┌。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-885-8000。我們講中文的人員將樂意┌┌提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-885-8000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-885-8000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits-und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-885-8000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화
1-800-885-8000 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-885-8000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جودل الأدوية لديناا. للحصول على مترجم فوري، يس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-885-8000.** سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-885-8000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-885-8000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-885-8000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-885-8000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-885-8000. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: ┌社の健康 健康保┌と┌品 ┌方┌プランに┌するご質問にお答えするため に、無料の通┌サ┌ビスがありますございます。通┌をご用命になるには、
1-800-885-8000 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサ┌ ビスです。

Ghi chú

CHAMPION
HEALTH PLAN

Nếu có thắc mắc, *vui lòng gọi số điện thoại miễn cước*

1-800-885-8000, TTY 711

Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9:
Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối

Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3:
Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 giờ sáng - 8 giờ tối

championhmo.com