



2026 年 参保手册



Champion Ally Plan (HMO) H6474-007

服务于卡森城、丘吉尔、
克拉克和瓦肖县

适合您的计划！

Champion Ally

本计划是不符合慢性病特殊需求计划 (C-SNP) 资格的 Medicare 受益人的绝佳选择。本计划在增加额外服务和福利的同时，降低了处方药费用。

销售预约确认表范围说明

Medicare 和 Medicaid 服务中心要求持牌销售代理人在每次个人销售会面前, 记录营销预约的范围, 以确保代理人与 Medicare 受益人 (或其授权代表) 双方对即将讨论的内容达成理解。本表格所填信息均属保密内容, 应由每位 Medicare 参保人或其授权代表填写完成。

请在下方您希望代理人讨论的产品类型旁签名。

Medicare Advantage 计划 (HMO、HMO-POS、HMO C-SNP):

这些 Medicare Advantage 计划提供所有 Medicare A 部分和 B 部分的福利, 且均包含 Medicare D 部分处方药保险 (MAPD)。部分计划专为具有特定需求的个人设计, 例如慢性病患者 (慢性病特殊需求计划, 简称 C-SNP)。

☐ **Medicare Advantage 计划健康维护组织 (HMO):**除紧急情况外, 您必须使用计划网络内的医生、医院及其他医疗服务提供者。您必须选择一名主治医生, 并且可能需要获得转诊才能看专科医生。

☐ **Medicare Advantage 服务点 (POS) 计划 (HMO-POS):**这些计划结合了 HMO 计划的特点与一些网络外承保范围。您可在网络内选择一名主治医生, 并可为特定服务和承保范围去看网络外医疗服务提供者。您在去看网络外医疗服务提供者时, 可能需要承担不同比例的费用分摊。部分 C-SNP 计划包含 POS 选项, 允许有限度地使用网络外医疗服务提供者。此选项仅适用于与慢性肾病/终末期肾病 C-SNP 相关的 Champion HMO-POS 计划。

☐ **慢性病特殊需求计划 (HMO C-SNP):**这些计划专为患有特定慢性病的人士设计, 例如慢性肾病 (CKD) (包括终末期肾病 (ESRD))、糖尿病、心脏病、慢性心力衰竭 (CHF)、冠状动脉疾病 (CAD) 或心律失常, 以及精神分裂症、精神分裂情感性障碍、双相情感障碍、重度抑郁症、复发性偏执及其他精神病性障碍。他们根据所服务群体的具体需求, 量身定制福利方案、提供者选择及药品目录。部分 C-SNP 计划包含 POS 选项, 允许有限度地使用网络外医疗服务提供者。您在去看网络外医疗服务提供者时, 可能需要承担不同比例的费用分摊。

销售预约确认表范围说明(续)

签署本表格即表示您同意与持牌销售代理人会面,讨论您在上方签名确认的产品类型。请注意,讨论产品的人员受雇于或与某项 Medicare 计划签约。他们不直接为联邦政府工作。此人还可能根据您的计划参保情况获得报酬。

签署此表格并不意味着您必须加入某项计划,也不会影响您当前的参保状态,更不会使您自动加入某项 Medicare 计划。

受益人或授权代表签名及签名日期:	
签名:	签名日期:
若您是授权代表,请在上方签名,并在下方正楷填写姓名:	
代表姓名:	
您与受益人的关系:	

由代理人填写:

代理人姓名:	代理人 NPN:
代理人电话号码:	代理人邮箱:
受益人姓名:	受益人电话:
受益人地址: (选填)	
初始联系方式: (若候选参保人未经预约,请在此处注明)	
代理人签名:	预约完成日期:



福利概要

Champion Ally
(HMO) H6474-007

服务于卡森城、丘吉尔、克拉克和瓦肖县

2026 年福利概要

Champion Health Plan

2026 年 1 月 1 日 - 2026 年 12 月 31 日

Champion Health Plan 是与 Medicare 签订合约的 Medicare Advantage HMO。是否加入 Champion Health Plan 取决于合同续签情况。

所提供的福利信息是对我们承保范围及您预计需承担费用的概括说明。它并未列出我们承保的每项服务,也未列出所有限制或除外条款。如需查看我们承保服务的完整列表,请访问 championhmo.com 获取《承保说明书》手册。

要加入 **Champion Ally (HMO)**, 您必须符合以下条件: 享有 Medicare A 部分资格、已注册 Medicare B 部分, 且居住在我们的服务区域内。我们的服务区域包括内华达州的以下县: 卡森城、丘吉尔、克拉克和瓦肖。

除紧急情况外, 若您使用非本网络内的提供者, 我们可能不予支付相关服务费用。

有关 Original Medicare 的承保范围和费用, 请查阅您当前的《Medicare 和您》手册。请在线浏览 medicare.gov, 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。该热线每周 7 天、每天 24 小时开通 (包括部分联邦假日)。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。本文件可提供其他格式版本, 例如盲文、大字体或有声版本。

如需了解更多信息, 请拨打免费电话 1-800-885-8000, 服务时间为: 10 月 1 日至翌年 3 月 31 日期间, 每周 7 天, 太平洋标准时间 (PST) 上午 8 点至晚上 8 点; 4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 每周一至周五, 太平洋标准时间上午 8 点至晚上 8 点。您也可以访问我们的网站 championhmo.com。

计划详情	Champion Ally
每月保费	\$0
年度计划免赔额	无免赔额
年度最高自付额 (MOOP)	\$199
住院医院服务	每次住院 \$0 服务可能需要授权和转诊。
门诊医院及日间手术中心 (ASC)	门诊医院服务 \$100 共付额 日间手术中心接受手术 \$0 共付额 门诊住院观察 \$0 共付额 服务可能需要授权和转诊。

计划详情	Champion Ally
主治医生	\$0 共付额
专科医生	\$0 共付额 除肾脏科外, 所有服务均可能需要授权。
预防性服务 (Medicare 承保的筛查)	\$0 共付额
急诊治疗 (医院急诊科)	\$70 共付额 若因相关健康事件在 24 小时内入院, 则免除共付额。
全球紧急医疗服务	最高 \$100,000 全球福利限额, 计划可报销金额不超过当地 Medicare 费率的 60%, \$0 共付额。与全球急需护理合并计算。
紧急护理服务 (非医院紧急护理中心)	\$0 共付额
全球急需护理	最高 \$100,000 全球福利限额, 计划可报销金额不超过当地 Medicare 费率的 60%, \$0 共付额。与全球急诊服务合并计算。
诊断服务/实验室/成像 • 诊断性测试和程序 • X 光检查 • 实验室服务 • 诊断放射学服务 (如磁共振成像 (MRI)、计算机断层 (CT) 扫描) • 治疗放射学服务 (如癌症放射治疗)	\$0 共付额 诊断性测试、程序及实验室服务可能需要授权和转诊。
听力服务 • Medicare 承保的服务 • 常规听力检查及助听器验配/评估 • 助听器	每年 Medicare 承保的服务 \$0 共付额 每年一次常规检查和一次助听器验配/评估 \$0 共付额 每个助听器 (所有型号) \$149 共付额, 每三 (3) 年最多可配两 (2) 个助听器

计划详情	Champion Ally
牙科服务	预防性牙科服务及 Medicare 承保的牙科服务 \$0 共付额 综合性牙科服务费用的 20% 至 40%。可能存在限制。 预防性及综合性牙科服务合并: \$3,000 的年度福利承保限额 综合性牙科服务可能需要授权和转诊。
视力服务 - Medicare 承保的眼科检查 - Medicare 承保的镜架、镜片或隐形眼镜 - 常规眼科检查 - 眼镜 (镜片和镜架) 及升级服务	Medicare 承保的用于诊断和治疗眼部疾病及病症的检查 (包括年度青光眼筛查) \$0 共付额 白内障手术后— (1) 副 Medicare 承保的眼镜 (包括眼镜或隐形眼镜) \$0 共付额 每年— (1) 次常规眼科检查 (包括最多— (1) 次屈光检查) \$0 共付额 每年 \$335 的眼镜 (镜片和镜架) 及升级补贴
精神健康住院服务	第 1-10 天 \$100 共付额 第 11-90 天 \$0 共付额 服务可能需要授权和转诊。
精神健康门诊服务 (Medicare 承保的个人及小组治疗)	\$0 共付额 服务可能需要授权和转诊。
专业护理机构	第 1-20 天 \$0 共付额 第 21-100 天每天 \$218 服务可能需要授权和转诊。
门诊康复 - 物理治疗 - 言语治疗 - 职业治疗	\$0 共付额 服务可能需要授权和转诊。

计划详情	Champion Ally
救护车服务	Medicare 承保的空中救护服务: 承担 20% 的费用 Medicare 承保的地面救护车服务: 承担 \$0 或 \$125 的费用 最低费用分摊适用于非紧急情况下的空中和地面救护车运输 非紧急服务可能需要授权。
交通服务	\$0 共付额 24 次计划批准的健康相关地点单程交通服务
Medicare B 部分药物	承担 0% 至 20% 的费用 B 部分胰岛素 30 天药量 \$0 至 \$24 共付额。 可能需要事先授权。
透析	20% 的费用
耐用医疗设备 (DME)	DME、假肢及医疗用品: \$100 及以下的用品: \$0 超过 \$100 的用品: 承担 20% 的费用 服务可能需要授权。
健康食品/非处方用品/家居用品福利	每三 (3) 个月 \$330 津贴 可用于购买健康食品和农产品、非处方用品、保健产品及/或支付家居用品费用的季度津贴: \$0 共付额。上述福利是面向慢性病患者的特殊补充计划的一部分。并非所有会员都符合资格。符合条件的病症包括糖尿病、心血管疾病、中风、超重/肥胖/代谢综合征以及癌症。这并非符合条件的病症的完整列表。请查阅您的《承保说明书》第 4 章第 2 节“慢性病患者特殊补充福利医疗福利表”，以获取符合条件的病症的完整列表。

计划详情	Champion Ally
针灸 • Medicare 承保的针灸治疗 • 常规针灸	\$0 共付额 每年最多 30 次就诊: \$0 共付额
脊椎按摩治疗 • Medicare 承保的脊椎按摩治疗 • 常规脊椎按摩治疗	\$0 共付额 每年最多 20 次就诊: \$0 共付额
Silver&Fit 健身福利	每月最高可报销 \$35 的健身房会员费或健身课程费用: \$0 共付额
足疗服务 (仅限 Medicare 承保的服务)	\$0 共付额 服务可能需要授权和转诊。
宁养疗护	由 Original Medicare 承保
住房/浴室安全设备/改造	提供淋浴椅 \$0 共付额
个人紧急响应系统 (PERS)	\$0 共付额
年度体检	年度体检— (1) 次, 共付额为 \$0
健康教育	\$0 共付额

处方药保险

计划详情	Champion Ally	
D 部分免赔额	无免赔额	无免赔额
	参与计划的零售药房	邮购
初始承保	最多 30 天药量	100 天药量
第 1 层级: 首选仿制药	\$0 共付额	\$0 共付额
第 2 层级: 仿制药	\$3 共付额	\$6 共付额
第 3 层级: 首选品牌药	\$47 共付额	\$94 共付额
第 4 层级: 非首选品牌药	\$100 共付额	\$200 共付额
第 5 层级: 专业药层级	33% 的费用	第 5 层级不提供 100 天的药量
第 6 层级: 精选护理药物	\$0 共付额	\$0 共付额
灾难性承保 (在您或他人代您支付 \$2,100 后)	在此阶段, 计划将为您全额支付受承保的 D 部分药物费用。	
关于胰岛素费用支付的重要消息	在零售药房, 您购买本计划承保的 1、2、3、4 及 6 级胰岛素产品时, 单月药量费用不超过 \$20, 三个月药量费用不超过 \$60。在第 5 层级, 您购买一个月的胰岛素药量, 支付金额不会超过 \$35。 通过邮购方式, 您购买本计划承保的 1、2、3、4 及 6 级胰岛素产品时, 每种产品的三个月药量费用均不超过 \$40。第 5 层级的胰岛素无法通过邮购方式获得长期供应。	
关于疫苗费用支付的重要通知	我们计划承保大部分 D 部分疫苗, 您无需承担任何费用。请致电会员服务部了解更多信息。	
额外补助计划	若您符合联邦低收入标准, 即符合额外补助计划资格, 该计划将协助个人支付 D 部分的费用分摊, 包括免赔额。您的 D 部分保费、免赔额可能为 \$0, 且所有 D 部分药物的费用均不超过低收入补助金额。	

额外补助资源

超出 Original Medicare 承保范围



视力

通过 EyeMed 获得常规视力护理，包括检查和配镜。



牙科

通过 Delta Dental 的承保，守护您与牙齿的健康。



交通服务

了解如何充分利用您的交通福利。



健康食品/非处方用品/家居用品

参与护理管理计划后，您有资格享受健康食品配送服务。您还可从非处方产品目录中挑选产品和家居用品，这些产品均由肾脏科医生特别甄选，旨在为您提供帮助。



远程医疗

Champion Health Plan 让您能够全天候 24 小时联系医生；无论是紧急护理、专科医生咨询还是其他需求，都是绝佳选择。



听力

多数计划通过 TruHearing 提供听力检查和助听器。



个人警报

个人紧急响应系统提供一键求助服务。



针灸与脊椎按摩治疗

许多计划通过美国专业健康服务公司 (American Specialty Health) 提供针灸和脊椎按摩治疗，以促进整体健康。



健身

大多数计划通过 Silver&Fit 提供健身房会员资格和健身课程报销，助您保持活力。

福利因计划而异。请查阅您的《承保说明书》了解承保范围。

参保前核对清单

在做出参保决定之前,请务必充分了解我们的福利政策和相关规定。如有任何疑问,您可以拨打 1-800-885-8000 (TTY 711) 与客服代表交谈。

了解福利

- ☐ 《承保说明书》(EOC) 提供了所有承保范围和服务的完整列表。在参保前,务必仔细查阅计划的承保范围、费用及福利详情。请访问 championhmo.com/member/plan-documents 或致电 1-800-885-8000 (TTY 711) 获取《福利说明书》副本。
- ☐ 查看医疗服务提供者目录(或要求您的医生)确保您现在看的医生在网络中。如果这些医生未列出,则表示您可能需要选择新医生。
- ☐ 查看药房目录确保您用来获取任何处方药的药房在网络中。如果药房未列出,则您可能需要选择一个新药房来获取处方药。
- ☐ 请查阅处方集,确保您的药物在承保范围内。

理解重要规则

- ☐ 除了每月计划保费外,您还必须继续支付 Medicare B 部分保费。此保费通常每月从您的社会保障支票中扣除。
- ☐ 福利、保费和/或共付额/共同保险金额可能于 2027 年 1 月 1 日发生变更。
- ☐ 除急诊或紧急情况外,我们不承保网络外医疗服务提供者(未列在医疗服务提供者目录中的医生)提供的服务。
- ☐ 您当前的医疗保险将在新的 Medicare 保险生效时终止。例如,如果您参加了 Tricare 或 Medicare 计划,一旦新保险生效,您将不再享受该计划的福利。

仅限特殊需求计划

- ☐ 该计划属于慢性病特殊需求计划 (C-SNP)。您的参保资格将根据符合条件的特定严重或致残慢性病的确诊证明进行核实。

2026 年参保申请表

谁可以使用此表格?

希望加入 Medicare Advantage 计划的 Medicare 参保人。

要加入计划,您必须:

- 是美国公民或合法在美居住者。
- 居住在计划的服务区域内。

重要提示:要加入 Medicare Advantage 计划,您还必须同时具备:

- Medicare A 部分(住院保险)。
- Medicare B 部分(医疗保险)。

何时使用此表格?

您可在以下时段加入计划:

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日(保险生效日期为次年 1 月 1 日)。
- 在首次获得 Medicare 后的 3 个月内。
- 在某些情况下,您可以加入或更换计划。

访问 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 了解更多关于何时可以注册加入计划的信息。

填写此表格需要准备哪些材料?

- 您的 Medicare 号码(即您红白蓝 Medicare 卡上的号码)。
- 您的常住地址和电话号码。

注意:您必须完整填写第 1 节的所有项目。第 2 节的项目为选填项——即使您未填写这些项目,也不得因此被拒绝承保。

提醒事项:

- 若您希望在秋季开放投保期(10 月 15 日至 12 月 7 日)加入某项计划,该计划必须在 12 月 7 日前收到您填写完整的表格。

- 您的计划将向您寄送保费账单。您可以选择注册,通过银行账户或每月社会保障(或铁路退休委员会)福利金扣缴保费。

后续步骤如何?

请将填写完整并签名的表格寄至:

Champion Health Plan

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995

一旦他们处理完您的加入申请,就会与您联系。

如何获取帮助填写表格?

请致电 Champion Health Plan, 电话为 1-800-885-8000。TTY 用户可拨打 711。

或者,致电 Medicare, 电话为 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户可拨打 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.

无固定居所人士

- 若您希望加入某项计划但没有固定住所,则邮政信箱、庇护所或诊所地址,或邮件接收地址(如社会保障支票寄送地址)均可视作您的常住地址。

根据 1995 年《缩减文书工作法案》,除非显示有效的 OMB 控制编号,否则无需对信息收集作出回应。本信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1378。预计平均每份表格填写时间为 20 分钟,含阅读说明、搜索现有数据资源以及采集所需数据并完成和审查信息收集的时间。如果您对时间估算的准确性有意见或者有表格改进建议,请致函:CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要提醒

请勿将此表格或任何含个人信息材料(如索赔单、付款单、医疗记录等)寄送至 PRA 报告审核办公室。任何与改进此表格或减轻其收集负担(详见 OMB 0938-1378)无关的材料,均将予以销毁。此类材料不会被保留、审查或转发给计划。请参阅本页“后续步骤如何?”部分,将填写完毕的表格提交至计划。

第 1 节 – 本页所有字段均为必填项 (标有“选填”除外)

选择您想加入的计划：

内华达州

☐ **Champion Advantage
(HMO-POS C-SNP) 001**
月保费 \$0

☐ **Champion Connect
(HMO-POS C-SNP) 002**
月保费 \$9.50

☐ **Champion Select
(HMO-POS C-SNP) 003**
月保费 \$9.50

☐ **Champion Ally (HMO) 007**
月保费 \$0

☐ **Champion Care (HMO C-SNP) 008**
月保费 \$0

☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**
月保费 \$9.50

☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
月保费 \$9.50

名字

姓氏

中间名 (选填)

出生日期 (月/日/年)

性别

☐

男性

☐

女性

电话号码

手机号码

☐ 提供您的电话号码即表示您同意接收 Champion Health Plan 关于医疗保健的来电和/或短信, 包括福利信息、护理协调及健康计划服务。可能产生通讯及数据费用。您可随时回复 STOP 退订。

常住街道地址

(请勿填写邮政信箱。注意: 无固定居所人士可使用邮政信箱地址作为常住地址。)

城市

县 (选填)

州

邮政编码

邮寄地址 (若与常住地址不同) (可填邮政信箱)

街道地址

城市

州

邮政编码

您的 Medicare 信息

Medicare 号码:

Medicaid 号码:

请回答以下重要问题:

1) 除 Champion Health Plan 外, 您是否还享有其他处方药保险
(如 VA、TRICARE)?

☐

是

☐

否

其他保险名称

该保险的会员编号

该保险的团体编号

以下部分仅限申请 C-SNP 计划者填写。

参加上述某些计划要求申请人患有特定慢性病。

1) 您是否需要透析服务?

☐

是

☐

否

透析中心名称

透析中心地址

电话号码

2) 您是否确诊患有以下任何慢性疾病
(请勾选所有适用项):

☐

双相情感障碍

☐

充血性心力衰竭

☐

重度抑郁症

☐

心律失常

☐

冠状动脉疾病 (CAD)

☐

偏执性障碍

☐

心血管疾病

☐

糖尿病

☐

分裂情感性障碍

☐

慢性心力衰竭 (CHF)

☐

终末期肾病 (ESRD)

☐

精神分裂症

☐

慢性肾病 (CKD)

重要提醒:请阅读并签署以下声明

- 本人必须同时拥有住院保险(A 部分)和医疗保险(B 部分)才能维持 Champion Health Plan 参保资格。
- 加入本 Medicare Advantage 计划即表明,本人确认 Champion Health Plan 将与 Medicare 共享我的信息。Medicare 可能将该信息用于追踪我的参保状态、支付费用,以及联邦法律允许的其他收集信息用途(详见下方《隐私法声明》)。本人出于自愿填写本表格。但未能填写可能会影响本计划的参保资格。
- 本人理解,每次只能参加一项 MA 计划——且加入本计划将自动终止本人在其他 MA 计划中的参保资格(MA PFFS 和 MA MSA 计划除外)。
- 本人理解,Champion Health Plan 保险生效后,本人必须通过 Champion Health Plan 获取所有医疗和处方药福利。Champion Health Plan《承保说明书》文件(亦称为会员合同或投保人协议)中列明提供的福利和服务将予以承保。无论是 Medicare 还是 Champion Health Plan,均不会为不承保的福利或服务支付费用。
- 本参保申请表上的信息据本人所知准确无误。本人理解,若故意提供虚假信息,将被取消计划参保资格。
- 本人理解,在本申请表上的签名(或法定授权代表人的签名)意味着本人已阅读并理解本申请表的内容。若由授权代表(如上所述)签署,此签名证明:
 - 1) 此人依据州法律获授权完成此项参保,且
 - 2) 有关此授权的文件可应 Medicare 要求提供。

参保人签名

今天的日期

若您是授权代表,请在上方签名并填写以下字段信息:

姓名

地址

电话号码

与参保人的关系

第 2 节 – 本节所有字段均为选填项

是否回答这些问题由您自主选择。计划不得因您不填写而拒绝为您承保。

如需我们以英语以外的其他语言向您发送信息, 请选择一项。

☐ 西班牙语

如需我们以无障碍格式向您发送信息, 请选择一项。

☐ 盲文

☐ 大字版

☐ 音频 CD

☐ 数据 CD

如需上列之外的无障碍格式信息, 请致电 Champion Health Plan, 电话: 1-800-885-8000。我们的办公时间为: 10 月 1 日至翌年 3 月 31 日期间, 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点; 4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 周一至周五, 上午 8 点至晚上 8 点。TTY 用户可拨打 711。

您是否在职? ☐ 是 ☐ 否 您的配偶是否在职? ☐ 是 ☐ 否

请填写您的主治医生 (PCP)、诊所或健康中心:

申请 **Champion Advantage 001**、**Champion Connect 002**、**Champion Select 003** 的申请人, 请填写您的主治肾脏科医生。申请 **Champion Plus 010** 计划的申请人, 请填写您的主治精神科医生:

我想通过电子邮件获取以下材料。可多选。

☐ 《承保说明书》
(EOC)

☐ 提供者/药房目录

☐ 处方集

电子邮件地址: _____

支付您的计划保费

您可选择每月通过邮寄、电子资金转账 (EFT) 或信用卡方式, 支付月度计划保费 (含当前已产生或可能欠缴的任何延迟参保罚金)。

您也可以选择每月从您的社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利金中自动扣除保费。若您需支付 D 部分与收入相关的每月调整金额 (D 部分 IRMAA), 则除计划保费外还须另行支付该额外费用。请勿向 Champion Health Plan 支付 D 部分 IRMAA 费用。

仅由协助参保人填表者填写

若您是协助参保人填写本表格的个人 (例如代理人、经纪人、SHIP 顾问、家庭成员或其他第三方), 请填写本部分。

姓名: _____ 与参保人的关系: _____

签名: _____

全国生产者编号 (仅由代理人/经纪人填写): _____

工作人员/经纪人姓名 (如协助办理参保): _____

代理人 NPN: _____

计划 ID 号码: _____ 保险生效日期: _____

AEP: _____ ICEP: _____ SEP (类型): _____ 代理人接收日期: _____

持牌销售代理人签名 (必填): _____

隐私法声明: Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 从 Medicare 计划收集信息, 用于追踪受益人的 Medicare Advantage (MA) 计划参保情况、改善医疗服务以及支付 Medicare 福利。《社会保障法》(Social Security Act) 第 1851 条及《联邦法规汇编》(CFR) 第 42 卷第 422.50 条和第 422.60 条授权收集此类信息。CMS 可依据记录系统通知 (SORN) “Medicare Advantage 处方药计划 (MARx)” (系统编号 09-70-0588) 的规定, 使用、披露及交换 Medicare 受益人的参保数据。本人出于自愿填写本表格。但未能填写可能会影响本计划的参保资格。

健康风险评估 (HRA) 表

这些信息将帮助我们了解您的健康需求。您的回答不会影响您的福利。我们可能会与您的主治医生分享您的信息。如对本表格有任何疑问, 请直接拨打 1-800-885-8000 或 711 (TTY)。

今天的日期: _____

个人信息

姓名: _____

地址 (城市/州/邮政编码): _____

最佳联系电话: _____

出生日期: _____

Medicare ID: _____

Medicaid (Medi-CAL) ID: _____

Champion Health 会员 ID: _____

填表人: _____

与会员的关系: _____

同意或拒绝的权利

本人 ☐ 接受/选择加入或 ☐ 拒绝/选择退出参加 Champion Health Plan 的健康风险评估 (HRA)

身体健康评分

1. 您的身高 _____ (仅英寸)

2. 您的体重 _____ (磅)

3. 您是否担心自己的健康状况? ☐ 是 ☐ 否

4. 您觉得自己有足够的体育活动/锻炼吗? ☐ 是 ☐ 否

5. 您是否觉得您的饮食有助于健康的生活方式? ☐ 是 ☐ 否

健康风险评估 (HRA) 表(续)

日常生活活动

6. 您在以下方面需要多少帮助？

活动	无需帮助	需要一些帮助	完全无法完成
洗澡	☐	☐	☐
穿衣	☐	☐	☐
进食	☐	☐	☐
起床或起身	☐	☐	☐
准备餐食	☐	☐	☐
服用药物	☐	☐	☐
如厕	☐	☐	☐
步行	☐	☐	☐
交通服务	☐	☐	☐

7. 您目前住在哪里？

- ☐ 私人住宅 ☐ 辅助生活机构 ☐ 疗养院 ☐ 团体之家
☐ 公寓 ☐ 产权公寓 ☐ 过渡教习所 ☐ 拖车/移动房屋公园
☐ 无家 ☐ 其他

8. 如果您需要帮助, 附近是否有人或护理人员可以帮助您？

- ☐ 家人 ☐ 朋友 ☐ 邻居 ☐ 护理人员 ☐ 无人帮助
☐ 我不想回答 ☐ 其他

9. 医疗设备(勾选所有适用项)

- ☐ 助行器 ☐ 轮椅 ☐ 病床 ☐ 氧气 ☐ 雾化器
☐ 便携式厕所 ☐ 淋浴椅 ☐ C-pap/Bi-pap ☐ 其他

健康的社会决定因素

10. 有什么事情阻碍您采取措施获得所需的护理吗？

- ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

如果是, 请勾选所有适用项

- ☐ 交通 ☐ 医疗服务费用 ☐ 药物费用
☐ 获取服务 ☐ 护理人员支持 ☐ 语言差异
☐ 文化差异 ☐ 重听 ☐ 视物困难 ☐ 家人反对
☐ 社会问题: 歧视/不信任 ☐ 心理健康问题/不信任某些人 ☐ 家庭暴力/虐待
☐ 老年人虐待 ☐ 其他

健康风险评估 (HRA) 表(续)

临床健康史与治疗

11. 您的主治医生 (PCP) 的姓名是? _____

12. 您是否需要一位 PCP? ☐ 我需要一位新的 PCP ☐ 否

13. 您上次看主治医生是什么时候? ☐ 少于 6 个月 ☐ 超过 6 个月 ☐ 12 个月或更久

14. 在过去12个月内,您住院或去急诊室的次数是多少? ☐ 0 次 ☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次
☐ 超过3次

15. 在过去12个月内,您是否住过急性期后护理机构(专业护理、康复或长期护理机构)? ☐ 0 次
☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 超过 3 次

16. 请为以下病症勾选“是”或“否”,并注明治疗医生:

哮喘或慢性支气管炎	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
COPD 或肺气肿	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
气短或呼吸问题	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
经常跌倒	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
骨质疏松症	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
骨关节炎	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
近期骨折	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
帕金森病/ALS/MS/狼疮	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
癌症	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:
HIV/AIDS	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”,请填写提供者名称:

健康风险评估 (HRA) 表 (续)

抑郁症	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
严重精神疾病	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
眼睛：失明或即使戴眼镜也看不清	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
耳朵：失聪或即使戴助听器也听不清	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
中风、心脏病发作、胸痛或动脉阻塞	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
充血性心力衰竭 (CHF)	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
循环系统问题	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
高血压	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
肿胀（脚踝或腿部）	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
糖尿病 ☐ 1 型 ☐ 2 型 ☐ 糖尿病前期 ☐ 妊娠期糖尿病	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
皮肤溃疡、不愈合伤口、疮	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
器官移植	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
记忆力减退、痴呆或阿尔茨海默病	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
尿失禁或膀胱控制问题	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
频繁尿路感染	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
肾衰竭或终末期肾病 (ESRD)	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：

健康风险评估 (HRA) 表(续)

肠道问题	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：
其他	☐ 是 ☐ 否	如果回答“是”，请填写提供者名称：

人生规划活动

17. 您是否拥有或需要以下项目：预先医疗指示，例如生前预嘱或维持生命治疗医嘱 (POLST)?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我需要一份

预防性健康维护

18. 您每年都接种流感疫苗吗? ☐ 是 ☐ 否

19. 您今年接种了新冠疫苗吗? ☐ 是 ☐ 否

20. 您在过去 10 年内做过结肠癌检查/筛查吗? ☐ 是 ☐ 否

21. 您在过去 2 年内做过宫颈抹片检查吗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

22. 您在过去 2 年内做过乳腺 X 光检查吗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

23. 您是否使用烟草(吸烟、嚼烟、嗅烟或任何其他形式)? ☐ 是 ☐ 否

24. 饮酒是否影响您的个人生活或工作? ☐ 是 ☐ 否

25. 过去一周疼痛的频率是怎样?

☐ 无疼痛 ☐ 有些天疼痛 ☐ 每天疼痛

26. 是否有疼痛管理药物或其他疗法? ☐ 是 ☐ 否

健康风险评估 (HRA) 表(续)

行为与心理健康

27. 在过去 2 周里, 您被以下任何感觉困扰的频率如何?

情绪低落、抑郁、绝望	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
做事的兴致或乐趣减少	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
想哭	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
睡眠困难	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
紧张/焦虑/担心	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
激动/易怒/愤怒	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天
伤害自己或他人的想法	☐ 完全没有	☐ 有几天	☐ 超过一半天数	☐ 几乎每天

28. 个人或家庭健康问题是否导致工作或日常活动受影响?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定 ☐ 不适用

29. 您目前有哪些压力源(勾选所有适用项)?

☐ 人际关系 ☐ 家庭 ☐ 子女 ☐ 缺乏社会支持 ☐ 职业
☐ 总体身体健康 ☐ 财务 ☐ 其他 ☐ 不适用

文化与语言需求

30. 您认同某种宗教或精神传统吗?

☐ 无神论/不可知论 ☐ 佛教 ☐ 天主教 ☐ 基督教
☐ 基督教科学派 ☐ 印度教 ☐ 伊斯兰教 ☐ 耶和华见证会 ☐ 犹太教 ☐ 摩门教
☐ 其他 ☐ 无宗教信仰/无所属 ☐ 我不想回答

31. 您的主要语言是什么?

☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 汉语 ☐ 法语克里奥尔语 ☐ 韩语 ☐ 越南语 ☐ 他加禄语
☐ 我不想回答 ☐ 其他

健康风险评估 (HRA) 表(续)

32. 您如何描述您的种族？

- ☐ 白种人或高加索人 ☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 西班牙裔/拉丁裔
☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 亚裔
☐ 太平洋岛民/夏威夷原住民 ☐ 未知
☐ 我不想回答 ☐ 其他

人口统计信息

33. 您认同的性别是？

- ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 间性人 ☐ 跨性别者 ☐ 性别未明 ☐ 个人
☐ 去势者 ☐ 我不想回答 ☐ 其他 _____

34. 您目前与谁同住？

- ☐ 独自居住 ☐ 子女 ☐ 大家庭成员 ☐ 朋友 ☐ 父母
☐ 室友 ☐ 兄弟姐妹 ☐ 配偶/伴侣 ☐ 其他 _____

住房

35. 您是否存在以下问题(勾选所有适用项)？

- ☐ 虫害 ☐ 啮齿动物 ☐ 铅/石棉 ☐ 霉菌 ☐ 电路问题
☐ 供暖问题 ☐ 供水问题 ☐ 房屋不安全
☐ 无问题 ☐ 其他 _____

36. 您是否能够访问互联网(勾选所有适用项)？

- ☐ 电脑 ☐ 手机 ☐ 平板电脑 ☐ 其他 _____

个人目标

37. 您对整体健康的主要目标是什么？ _____

38. 作为护理人员, 您对您的家人或客户的主要目标是什么？ _____

感谢您的帮助。这些信息对于提供符合您要求和需求的最佳护理至关重要。请将填写完整的表格寄至：

Champion Health Plan

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995

预期接下来会发生什么？

您已提交 Champion Health Plan 参保申请表——接下来会发生什么？



已收到的参保申请表

您的参保信息可通过电话、邮件、传真、代理人或互联网方式提交至 Champion Health Plan。我们将立即开始处理您的申请。



外拨参保确认函 (OEV)

本函旨在确认您已加入本计划。其中包含您的会员 ID 号码和 D 部分处方药信息。



您的 Champion Health Plan 会员 ID 卡

您将通过邮寄方式收到 Champion Health Plan 会员 ID 卡。请务必将此卡放在随手可取的地方！就诊、配药或住院时需出示此卡。您的牙科计划卡将另行寄送。



欢迎资料包

您将收到包含 Champion Health Plan 保险使用指南的重要资料包。



欢迎来电或到访

客服代表将致电您，安排时间共同审阅欢迎资料包。



Medicare 费用支付援助

您可能有资格获得联邦财政援助，即“额外补助”。即使非低收入人群也可能符合条件。如需申请药品费用补助，请致电社会保障局：1-800-772-1213，TTY 1-800-325-0778，或登录 SSA.gov 在线申请。

不歧视声明

Champion Health Plans-USA (Champion) 及其子公司, 包括 Champion Health Plan of California, Inc.; Renal Payer Solutions, Inc.; Champion Payer Solutions, LLC. 均遵守适用的联邦民权法律。Champion Health Plan 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾、性别认同、性取向或宗教信仰等原因而排除个人、拒绝福利或区别对待。

Champion Health Plan 为残障人士提供免费辅助设备及服务, 以协助其与健康计划进行有效沟通。此类服务可能包括但不限于合格的手语翻译员, 以及多种格式的书面信息, 例如: 大字体、音频、无障碍电子格式等。

Champion Health Plan 为母语非英语的人士提供免费语言服务, 如合格的口译员及其他语言版本的信息资料。

若您需要这些服务, 或认为 Champion Health Plan 未能提供这些服务, 或认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别认同而受到其他形式的歧视, 请联系 **Champion Health Plan 会员服务部**:

通过电话: **拨打 1-800-885-8000**

通过 TTY 专线: 拨打 “711”

通过邮寄寄送: **Champion Health Plan Grievance Department**

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995

您可以亲自提交申诉, 或通过邮寄、传真或电子邮件提交。如需协助提交申诉或上诉, Champion Health Plan 会员服务部随时为您提供帮助。

您还可通过美国卫生与公众服务部民权办公室 (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) 的投诉门户网站 (网址: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 在线提交民权投诉。如需投诉表格, 请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

通过电话: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

通过邮寄寄送: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

多语言口译服务

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: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-885-8000。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

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為您提供幫助。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.

Vietnamese: 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý 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 대해 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 جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس 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.

Português: 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 ouwa 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: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳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。これは無料のサービスです。



如有问题 请致电免费电话

1-800-885-8000, TTY 711

4 月 1 日至 9 月 30 日：
周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点

10 月 1 日至翌年 3 月 31 日：
周一至周日，上午 8 点至晚上 8 点

championhmo.com