



Sổ Đăng Ký 2026



Champion Care Plan (HMO C-SNP) H6474-008
Champion Choice Plan (HMO C-SNP) H6474-009

Dành cho các Quận Carson City,
Churchill, Clark và Washoe

Đâu Là Chương Trình Phù Hợp Với Quý Vị?

Trong cuốn tài liệu này có đề cập đến hai chương trình quyền lợi bảo hiểm y tế khác nhau.

Champion Care

Chương trình này là một lựa chọn tuyệt vời cho người thụ hưởng Medicare được chẩn đoán mắc Bệnh tim mạch, Suy tim sung huyết, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD), Rối loạn nhịp tim hoặc Tiểu đường, những người **không đủ điều kiện** nhận Medicaid và không nhận được loại hình chăm sóc cấp cơ sở (chăm sóc dài hạn).

Champion Choice

Chương trình này là một lựa chọn tuyệt vời cho người thụ hưởng Medicare được chẩn đoán mắc Bệnh tim mạch, Suy tim sung huyết, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD), Rối loạn nhịp tim hoặc Tiểu đường, những người **đủ điều kiện** nhận Medicaid và không nhận được loại hình chăm sóc cấp cơ sở (chăm sóc dài hạn).

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.

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).

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.

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 công 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:



Tóm Tắt *Quyền Lợi*

Champion Care
(HMO C-SNP) H6474-008

Dành cho các Quận Carson City, Churchill, Clark và Washoe

Tóm Tắt Quyền Lợi 2026

Champion Health Plan

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

Champion Health Plan là một chương trình Medicare Advantage HMO C-SNP theo hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Champion Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin quyền lợi được cung cấp ở đây là bản tóm tắt những dịch vụ chúng tôi đài thọ và chi phí mà quý vị có thể phải chi trả. Tài liệu này không liệt kê toàn bộ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ cũng như mọi giới hạn hoặc loại trừ. Để xem danh sách đầy đủ các dịch vụ được đài thọ, vui lòng tham khảo sổ tay “Chúng Tôi Bảo Hiểm” tại championhmo.com.

Để tham gia **Champion Care (HMO C-SNP)**, quý vị phải được hưởng Medicare Phần A, đăng ký tham gia Medicare Phần B, sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi và được chẩn đoán Bệnh tim mạch, Suy tim sung huyết, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD), Rối loạn nhịp tim hoặc Tiểu đường. Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại Nevada: Carson City, Churchill, Clark và Washoe.

Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể sẽ không chi trả cho các dịch vụ này.

Để biết chi tiết về quyền lợi và chi phí của Original Medicare, vui lòng xem sổ tay “Medicare & Quý Vị” hiện tại của quý vị. Quý vị có thể xem trực tuyến tại medicare.gov hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để nhận bản sao, dịch vụ hoạt động 24/7 kể cả một số ngày lễ liên bang. Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi 1-877-486-2048. Tài liệu này được cung cấp ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc âm thanh.

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn cước 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 truy cập trang web của chúng tôi tại championhmo.com.

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care
Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	\$0
Khoản Khấu Trừ Hàng Năm Của Chương Trình	Không Có Khoản Khấu Trừ
Chi Phí Tự Trả Tối Đa Hàng Năm (MOOP)	\$199

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care
Bệnh Viện Nội Trú	\$0 Cho Mỗi Lần Lưu Trú Các dịch vụ có thể yêu cầu phải có 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 dịch vụ phẫu thuật tại Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ có thể yêu cầu phải có sự cho phép và giới thiệu.
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	Đồng thanh toán \$0
Bác Sĩ Chuyên Khoa	Đồng thanh toán \$0 Mọi dịch vụ đều có thể yêu cầu phê duyệt trước, trừ dịch vụ liên quan đến thận.
Dịch Vụ Phòng Ngừa (Các Xét Nghiệm Tầm Soát Được Medicare Đãi Thọ)	Đồng thanh toán \$0
Chăm Sóc Cấp Cứu (Khoa Cấp Cứu Bệnh Viện)	Đồng thanh toán \$70 Khoản đồng thanh toán sẽ được miễn nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ do sự kiện sức khỏe liên quan.
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 Thí Nghiệm/Chụp Chẩn <ul style="list-style-type: none"> • Xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán • Chụp X-quang • Dịch Vụ Phòng Thí Nghiệm • Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: MRI, Chụp CT) • Dịch vụ xạ trị điều trị (ví dụ: xạ trị ung thư) 	Đồng thanh toán \$0 Các xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán cùng với dịch vụ phòng thí nghiệm có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care
<p>Dịch Vụ Thính Giác</p> <ul style="list-style-type: none"> Dịch vụ được Medicare đài thọ Khám thính lực định kỳ và lắp/đánh giá máy trợ thính Máy trợ thính 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ được Medicare đài thọ hàng năm</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho một lần khám định kỳ và một lần lắp/đánh giá máy trợ thính mỗi năm</p> <p>Đồng thanh toán \$149 cho mỗi máy trợ thính (tất cả các mẫu), tối đa (2) máy mỗi (3) năm</p>
<p>Dịch Vụ Nha Khoa</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho Dịch Vụ Nha Khoa Phòng Ngừa và các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ</p> <p>20% đến 40% chi phí cho các dịch vụ nha khoa toàn diện</p> <p>Giới hạn đài thọ tối đa \$3,000 mỗi năm cho dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp</p> <p>Các dịch vụ nha khoa toàn diện có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Dịch Vụ Thị Giác</p> <ul style="list-style-type: none"> Khám mắt được Medicare đài thọ Gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ Khám mắt định kỳ Gọng kính và tròng kính hoặc kính áp tròng 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ khám mắt được Medicare đài thọ, nhằm chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt (bao gồm cả tầm soát tăng nhãn áp hàng năm)</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho (1) cặp kính (kính gọng hoặc kính áp tròng) được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho (1) lần khám mắt định kỳ và đo khúc xạ, tối đa (1) lần mỗi năm</p> <p>Khoản trợ cấp \$335 mỗi năm cho gọng kính, tròng kính và các tùy chọn nâng cấp</p>
<p>Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Nội Trú</p>	<p>Đồng thanh toán \$100 cho các ngày 1-10</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho các ngày 11-90</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Ngoại Trú (bao gồm các buổi trị liệu cá nhân và trị liệu nhóm được Medicare đài thọ)</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các ngày 1-20</p> <p>Đồng thanh toán \$218 cho các ngày 21-100</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú</p> <ul style="list-style-type: none"> Vật Lý Trị Liệu Ngữ Âm Trị Liệu Hoạt Động Trị Liệu 	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care
Dịch Vụ Xe Cứu Thương	<p>20% chi phí cho dịch vụ xe cứu thương đường hàng không được Medicare đài thọ</p> <p>\$0 hoặc \$125 chi phí cho dịch vụ xe cứu thương mặt đất được Medicare đài thọ</p> <p>Áp dụng mức chia sẻ chi phí tối thiểu cho việc vận chuyển xe cứu thương mặt đất không cấp cứu</p> <p>Dịch vụ không cấp cứu có thể yêu cầu phê duyệt.</p>
Vận Chuyển	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>24 địa điểm được chương trình phê duyệt cho dịch vụ vận chuyển một chiều</p>
Thuốc Medicare Phần B	<p>Đồng thanh toán từ 0% đến 20%</p> <p>Quý vị chỉ phải trả tối đa \$24 cho lượng insulin dùng trong 30 ngày.</p>
Lọc Máu	<p>20% chi phí</p>
Thiết Bị Y Tế Bền (DME)	<p>DME, Chân Tay Giả Và Vật Tư Y Tế: \$0 cho các mặt hàng trị giá từ \$100 trở xuống</p> <p>20% chi phí cho các mặt hàng trên \$100</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt.</p>
Quyền Lợi Về Thực Phẩm Lành Mạnh / Mặt Hàng Không Kê Đơn / Tiện Ích Sinh Hoạt	<p>Khoản trợ cấp \$330 mỗi (3) tháng</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho khoản trợ cấp hàng quý, dùng 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 chi phí tiện ích</p> <p>Quyền lợi không được chuyển sang kỳ tiếp theo.</p> <p>Những quyền lợi được đề cập này thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm tiểu đường, rối loạn tim mạch và suy tim mạn tính. Vui lòng tham khảo sổ tay Chứng Từ Bảo Hiểm, Chương 4, Mục 2 – Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thêm thông tin.</p>
Châm cứu <ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu được Medicare đài thọ • Châm cứu định kỳ 	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 30 lần thăm khám mỗi năm</p>

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care
Nắn Chỉnh Xương Khớp <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc nắn chỉnh xương khớp được Medicare đài thọ Chăm sóc nắn chỉnh xương khớp định kỳ 	Đồng thanh toán \$0 Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 20 lần thăm khám mỗi năm
Quyền Lợi Chương Trình Tập Luyện Silver&Fit	Đồng thanh toán \$0, được hoàn lại tối đa \$35 mỗi tháng cho phí thành viên phòng tập gym hoặc lớp tập luyện.
Dịch Vụ Điều Trị Bệnh về Bàn Chân (Chỉ các dịch vụ được Medicare đài thọ)	Đồng thanh toán \$0 Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.
Chăm Sóc Cuối Đời	Được Original Medicare đài thọ
Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Tạm Thời	Đồng thanh toán \$0 Tối đa 12 lần mỗi năm
Hệ Thống Ứng Phó Cấp Cứu Cá Nhân (PERS)	Đồng thanh toán \$0
Thiết bị và sửa đổi an toàn cho nhà và phòng tắm	Đồng thanh toán \$0 cho việc cung cấp ghế tắm
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 Kê Đơn

Chi Tiết Chương Trình	Champion Care	
Khoản Khấu Trừ Phần D	Không Có Khoản Khấu Trừ	Không Có Khoản Khấu Trừ
	Nhà Thuốc Bán Lẻ Tham Gia Chương Trình	Đặt Thuốc Qua Bưu Điện
Bảo Hiểm Ban Đầu	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 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 lượng cấp thuốc 100 ngày đối với thuốc Bậc 5
Bậc 6: Thuốc Thuộc Chương Trình Select Care	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bảo Hiểm Chi Phí Y Tế Vượt Ngưỡng (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 thuốc Phần D được đài thọ.	
Thông Báo Quan Trọng Về Chi Phí Quý Vị Phải Trả Cho Insulin	<p>Khi mua tại các nhà thuốc bán lẻ, chi phí tối đa mà quý vị phải trả cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình đài thọ là \$20 cho lượng cấp thuốc 1 tháng và \$60 cho lượng cấp thuốc 3 tháng thuộc các Bậc 1, 2, 3, 4 và 6. Chi phí tối đa quý vị phải trả cho lượng insulin dùng trong một tháng thuộc Bậc 5 là \$35.</p> <p>Khi đặt thuốc qua bưu điện, chi phí tối đa mà quý vị phải trả cho lượng cấp thuốc 3 tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ thuộc các Bậc 1, 2, 3, 4 và 6 là \$40. Không thể cấp insulin Bậc 5 dùng dài hạn qua dịch vụ đặt thuốc qua bưu điện.</p>	
Thông Báo Quan Trọng Về Chi Phí Quý Vị Phải Trả Cho Vắc-Xin	Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết các loại vắc-xin thuộc Phần D, do đó quý vị không phải trả phí. Vui lòng gọi đến bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.	
Chương trình Trợ giúp 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.	



Tóm Tắt *Quyền Lợi*

Champion Choice
(HMO C-SNP) H6474-009

Dành cho các Quận Carson City, Churchill, Clark và Washoe

Tóm tắt quyền lợi 2026

Champion Health Plan

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

Champion Health Plan là một chương trình Medicare Advantage HMO C-SNP theo hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Champion Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin quyền lợi được cung cấp ở đây là bản tóm tắt những dịch vụ chúng tôi đài thọ và chi phí mà quý vị có thể phải chi trả. Tài liệu này không liệt kê toàn bộ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ cũng như mọi giới hạn hoặc loại trừ. Để xem danh sách đầy đủ các dịch vụ được đài thọ, vui lòng tham khảo sổ tay “Chúng Từ Bảo Hiểm” tại championhmo.com.

Để tham gia **Champion Choice (HMO C-SNP)**, quý vị phải được hưởng Medicare Phần A, đăng ký tham gia Medicare Phần B, sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi và được chẩn đoán Bệnh tim mạch, Suy tim sung huyết, Suy tim mạn tính (CHF), Bệnh động mạch vành (CAD), Rối loạn nhịp tim hoặc Tiểu đường. Chương trình này được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người đủ điều kiện tham gia Medicaid và không nhận được loại hình chăm sóc ở cấp độ cơ sở (chăm sóc dài hạn). Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại Nevada: Carson City, Churchill, Clark và Washoe.

Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể sẽ không chi trả cho các dịch vụ này.

Để biết chi tiết về quyền lợi và chi phí của Original Medicare, vui lòng xem sổ tay “Medicare & Quý Vị” hiện tại của quý vị. Quý vị có thể xem trực tuyến tại medicare.gov hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để nhận bản sao, dịch vụ hoạt động 24/7 kể cả một số ngày lễ liên bang. Đối với người dùng TTY, vui lòng gọi 1-877-486-2048. Tài liệu này được cung cấp ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc âm thanh.

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn cước 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 truy cập trang web của chúng tôi tại championhmo.com.

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	\$9,50	\$0 (có Trợ Giúp Bổ Sung)
Khoản Khấu Trừ Hàng Năm Của Chương Trình	Không Có Khoản Khấu Trừ \$257 cho Khoản khấu trừ Phần B Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2025 và có thể thay đổi vào năm 2026. Champion Health Plan sẽ cung cấp mức phí mới nhất trên trang web của mình khi mức phí năm 2026 được công bố.	Không Có Khoản Khấu Trừ \$0 cho Khoản khấu trừ Phần B

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
Chi Phí Tự Trả Tối Đa Hàng Năm (MOOP)	\$9.250	\$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.
Bệnh viện nội trú	Khoản khấu trừ \$1.676 cho mỗi kỳ hưởng quyền lợi \$0 cho các ngày 1 - 60 Đồng thanh toán \$419 cho các ngày 61 - 90 Đồng thanh toán \$838 cho mỗi ngày dự trữ trọn đời sau ngày thứ 90 của mỗi kỳ hưởng quyền lợi (tối đa 60 ngày trong suốt cuộc đời của quý vị) 100% tất cả chi phí vượt quá số ngày dự trữ trọn đời *Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2025 và có thể thay đổi vào năm 2026. Champion Health Plan sẽ cung cấp mức phí mới nhất trên trang web của mình khi mức phí năm 2026 được công bố.	\$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.
Bệnh Viện Ngoại Trú Và Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú (ASC)	20% chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú 20% chi phí cho dịch vụ phẫu thuật tại Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú 20% chi phí cho dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.	\$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bác Sĩ Chuyên Khoa	20% chi phí Mọi dịch vụ đều có thể yêu cầu phê duyệt trước, trừ dịch vụ liên quan đến thận.	Đồng thanh toán \$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.
Dịch Vụ Phòng Ngừa (Các Xét Nghiệm Tầm Soát Được Medicare Đài Thọ)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
<p>Chăm Sóc Cấp Cứu (Khoa Cấp Cứu Bệnh Viện)</p> <p>Chăm sóc Cấp cứu Toàn cầu</p>	<p>Đồng thanh toán \$115</p> <p>Khoản đồng thanh toán sẽ được miễn nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ do sự kiện sức khỏe liên quan.</p> <p>\$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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p>
<p>Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp (Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp Ngoài Bệnh Viện)</p> <p>Chăm sóc cần thiết khẩn cấp toàn cầu</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>\$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.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p>
<p>Dịch Vụ Chẩn Đoán/Phòng Thí Nghiệm/Chụp Chiếu</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán Chụp X-quang Dịch vụ phòng thí nghiệm Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: MRI, Chụp CT) Dịch vụ xạ trị điều trị (ví dụ: xạ trị ung thư) 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ phòng thí nghiệm và chụp X-quang</p> <p>20% chi phí cho tất cả các dịch vụ khác</p> <p>Các xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán cùng với dịch vụ phòng thí nghiệm có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ phòng thí nghiệm và chụp X-quang</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho tất cả các dịch vụ khác</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p> <p>Các xét nghiệm và thủ tục chẩn đoán cùng với dịch vụ phòng thí nghiệm có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Dịch vụ thính giác</p> <ul style="list-style-type: none"> Các dịch vụ được Medicare đài thọ Khám thính lực định kỳ và lắp/đánh giá máy trợ thính Máy trợ thính 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ được Medicare đài thọ hàng năm</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho một lần khám định kỳ và một lần lắp/đánh giá máy trợ thính mỗi năm</p> <p>Đồng thanh toán \$149 cho mỗi máy trợ thính (tất cả các mẫu), tối đa 2 máy mỗi 3 năm</p>	

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
<p>Dịch vụ nha khoa</p>	<p>Chỉ trong hệ thống: Đồng thanh toán \$0 cho Dịch Vụ Nha Khoa Phòng Ngừa và các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ 20% đến 40% chi phí cho các dịch vụ nha khoa toàn diện Giới hạn đài thọ tối đa \$3.000 mỗi năm cho dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp Các dịch vụ nha khoa toàn diện có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>	
<p>Dịch Vụ Thị Giác</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám mắt được Medicare đài thọ • Gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ • Khám mắt định kỳ • Gọng kính và tròng kính hoặc kính áp tròng 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho dịch vụ khám mắt được Medicare đài thọ, nhằm chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về mắt (bao gồm cả tầm soát tăng nhãn áp hàng năm)</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho (1) cặp kính (kính gọng hoặc kính áp tròng) được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể</p> <p>Đồng thanh toán \$0 cho (1) lần khám mắt định kỳ và đo khúc xạ, tối đa (1) lần mỗi năm</p> <p>Khoản trợ cấp \$500 mỗi năm cho gọng kính, tròng kính và các tùy chọn nâng cấp</p>	
<p>Dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú</p>	<p>Khoản khấu trừ \$1.676 cho mỗi kỳ hưởng quyền lợi \$0 cho các ngày 1 - 60 Đồng thanh toán \$419 cho các ngày 61 - 90 Đồng thanh toán \$838 cho mỗi ngày dự trữ trọn đời sau ngày thứ 90 của mỗi kỳ hưởng quyền lợi (tối đa 60 ngày trong suốt cuộc đời của quý vị) 100% tất cả chi phí vượt quá số ngày dự trữ trọn đời *Đây là số tiền chia sẻ chi phí năm 2025 và có thể thay đổi vào năm 2026. Champion Health Plan sẽ cung cấp mức phí mới nhất trên trang web của mình khi mức phí năm 2026 được công bố.</p>	<p>\$0</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
<p>Dịch vụ sức khỏe tâm thần ngoại trú (bao gồm các buổi trị liệu cá nhân và trị liệu nhóm được Medicare đài thọ)</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các buổi trị liệu nhóm</p> <p>20% chi phí cho các buổi trị liệu cá nhân</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các ngày 1-20</p> <p>Đồng thanh toán \$218 cho các ngày 21-100</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các ngày 1-100</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vật Lý Trị Liệu • Ngủ Âm Trị Liệu • Hoạt Động Trị Liệu 	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các dịch vụ hoạt động trị liệu</p> <p>20% chi phí cho các dịch vụ vật lý trị liệu và ngủ âm trị liệu</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0 cho các buổi vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu và hoạt động trị liệu</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p> <p>Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.</p>
<p>Dịch Vụ Xe Cứu Thương</p>	<p>0% đến 20% chi phí cho xe cứu thương hàng không</p> <p>0% đến 20% chi phí cho xe cứu thương mặt đất, không quá \$125 tiền đồng thanh toán</p> <p>Áp dụng mức chia sẻ chi phí tối thiểu cho việc vận chuyển xe cứu thương không cấp cứu</p> <p>Dịch vụ không cấp cứu có thể yêu cầu phê duyệt.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p> <p>Dịch vụ không cấp cứu có thể yêu cầu phê duyệt.</p>
<p>Vận Chuyển</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>36 địa điểm được chương trình phê duyệt cho dịch vụ vận chuyển một chiều</p>	
<p>Thuốc Medicare Phần B</p>	<p>Đồng thanh toán từ 0% đến 20%</p> <p>Chi phí tối đa quý vị phải trả cho lượng insulin dùng trong 30 ngày là \$35.</p>	<p>Đồng thanh toán \$0</p> <p>†Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.</p>

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
Lọc máu	20% chi phí	Đồng thanh toán \$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.
Thiết bị y tế bền (DME)	DME, Chân tay giả và Vật tư y tế: \$0 cho các mặt hàng trị giá từ \$100 trở xuống 20% chi phí cho các mặt hàng trên \$100 Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt.	Đồng thanh toán \$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt.
Quyền lợi về thực phẩm lành mạnh / mặt hàng không kê đơn / tiện ích sinh hoạt	Khoản trợ cấp \$511 mỗi (3) tháng Đồng thanh toán \$0 cho khoản trợ cấp hàng quý, dùng 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 chi phí tiện ích Quyền lợi không được chuyển sang kỳ tiếp theo. Những quyền lợi được đề cập này thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm tiểu đường, rối loạn tim mạch và suy tim mạn tính. Vui lòng tham khảo sổ tay Chứng Từ Bảo Hiểm, Chương 4, Mục 2 – Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thêm thông tin.	
Châm cứu <ul style="list-style-type: none"> • Châm cứu được Medicare đài thọ • Châm cứu định kỳ 	Đồng thanh toán \$0 Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 30 lần thăm khám mỗi năm	Đồng thanh toán \$0 Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 30 lần thăm khám mỗi năm
Nắn chỉnh xương khớp <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc nắn chỉnh xương khớp được Medicare đài thọ • Chăm sóc nắn chỉnh xương khớp định kỳ 	Đồng thanh toán \$0 Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 20 lần thăm khám mỗi năm	Đồng thanh toán \$0 Đồng thanh toán \$0 cho tối đa 20 lần thăm khám mỗi năm

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid
Quyền Lợi Chương Trình Tập Luyện Silver&Fit	Đồng thanh toán \$0, được hoàn lại tối đa \$35 mỗi tháng cho phí thành viên phòng tập gym hoặc lớp tập luyện.	
Dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân (Chỉ các dịch vụ được Medicare đài thọ)	Đồng thanh toán \$0 Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt và giấy giới thiệu.	Đồng thanh toán \$0 †Nếu quý vị có đầy đủ quyền lợi Medicaid, quý vị có thể được miễn thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Các dịch vụ có thể yêu cầu phê duyệt.
Chăm Sóc Cuối Đời	Được Original Medicare đài thọ	Được Original Medicare đài thọ
Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Tạm Thời	Đồng thanh toán \$0 Tối đa 12 lần mỗi năm	
Hệ Thống Ứng Phó Cấp Cứu Cá Nhân (PERS)	Đồng thanh toán \$0	
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm	\$0 Đồng trả cho một (1) lần khám hàng năm	
Thiết bị và Cải tạo An toàn trong Nhà và Phòng tắm	\$0 Đồng trả cho việc cung cấp ghế tắm	
Giáo dục sức khỏe	Đồng thanh toán \$0	

Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice		Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid Hoặc Trợ Giúp Bổ Sung	
Khoản Khấu Trừ Phần D	Khoản khấu trừ \$615 (không áp dụng cho Bậc 1, 2 và 6)			
	Nhà Thuốc Bán Lẻ Tham Gia Chương Trình	Đặt Thuốc Qua Bưu Điện	Nhà Thuốc Bán Lẻ Tham Gia Chương Trình	Đặt Thuốc Qua Bưu Điện
Bảo Hiểm Ban Đầu	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng cho 100 ngày
Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 2: Thuốc Gốc	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 3: Biệt Dược Ưu Tiên	25% chi phí	25% chi phí	Thuốc Gốc: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$1,60 hoặc \$5,10 Biệt Dược: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$4,90 hoặc \$12,65	
Bậc 4: Biệt Dược Không Ưu Tiên	25% chi phí	25% chi phí	Thuốc Gốc: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$1,60 hoặc \$5,10 Biệt Dược: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$4,90 hoặc \$12,65	
Bậc 5: Bậc Đặc Biệt	25% chi phí	Không có lượng cấp thuốc 100 ngày đối với thuốc Bậc 5	Thuốc Gốc: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$1,60 hoặc \$5,10 Biệt Dược: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$4,90 hoặc \$12,65	Không có lượng cấp thuốc 100 ngày đối với thuốc Bậc 5
Bậc 6: Thuốc Thuộc Chương Trình Select Care	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bảo Hiểm Chi Phí Y Tế Vượt Ngưỡng (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 thuốc Phần D được đài thọ.			

Bảo Hiểm Thuốc Kê Đơn

Chi Tiết Chương Trình	Champion Choice	Chi Phí Của Quý Vị Với Medicare Và Medicaid Hoặc Trợ Giúp Bổ Sung
Thông báo quan trọng về chi phí quý vị phải trả cho insulin	Chi phí tối đa quý vị phải trả cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình đài thọ là \$20 cho lượng cấp thuốc 1 tháng và \$60 cho lượng cấp thuốc 3 tháng thuộc các Bậc 1, 2, 3, 4 và 6, và \$35 cho lượng cấp thuốc 1 tháng đối với insulin thuộc Bậc 5, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ.	Thuốc Gốc: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$1,60 hoặc \$5,10 Biệt Dược: Đồng thanh toán \$0 hoặc \$4,90 hoặc \$12,65
Thông báo quan trọng về chi phí quý vị phải trả cho vắc-xin	Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết các loại vắc-xin thuộc Phần D, do đó quý vị không phải trả phí, ngay cả khi chưa thanh toán khoản khấu trừ. Vui lòng gọi đến bộ phận Dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.	
Chương trình Trợ giúp 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.	

Tài nguyên để tìm hiểu về Quyền lợi bổ sung

Ngoài Original Medicare



Thị Lực

Nhận dịch vụ chăm sóc thị lực định kỳ, bao gồm khám mắt và kính, thông qua EyeMed.



Nha Khoa

Bảo hiểm thông qua Delta Dental giúp quý vị và răng miệng khỏe mạnh.



Vận Chuyển

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



Thực Phẩm Lành Mạnh / Các Mặt Hàng Không Kê Đơn / Tiện Ích

Quý vị đủ điều kiện nhận thực phẩm lành mạnh được giao tận nơi khi tham gia chương trình quản lý chăm sóc. Quý vị cũng có thể chọn các sản phẩm và tiện ích trong danh mục không kê đơn đã được bác sĩ chuyên khoa thân đặc biệt lựa chọn để hỗ trợ quý vị.



Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa

Champion Health Plan cho phép quý vị kết nối với bác sĩ 24/7; một lựa chọn tuyệt vời cho việc chăm sóc khẩn cấp, kết nối với bác sĩ chuyên khoa và nhiều hơn nữa.



Thính Lực

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



Cảnh Báo Cá Nhân

Hệ thống ứng phó cấp cứu cá nhân cung cấp sự trợ giúp chỉ với một nút bấm.



Châm Cứu Và Nắn Chỉnh Xương Khớp

Nhiều chương trình cung cấp quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc châm cứu và nắn chỉnh xương khớp qua American Specialty Health nhằm hỗ trợ sức khỏe tổng thể.



Tập Luyện

Giữ cơ thể khỏe mạnh với khoản hoàn phí cho thẻ thành viên phòng tập gym và lớp tập luyện, được hầu hết các chương trình hỗ trợ thông qua chương trình Silver&Fit.



Thay Thế Tạm Thời

Một số chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời thông qua The Helper Bees, kết nối các thành viên với các dịch vụ hỗ trợ ngắn hạn tại nhà.

Quyền lợi khác nhau tùy theo từng chương trình. Xem sổ tay chứng từ bảo hiểm của quý vị để biết phạm vi bảo hiểm.

Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh

Trước khi quyết định ghi danh, quý vị cần hiểu rõ các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi số 1-800-885-8000 (TTY 711) để trao đổi với nhân viên chăm sóc khách hàng.

Hiểu Rõ Quyền Lợi

- Sổ tay Chứng từ bảo hiểm (Evidence of Coverage, EOC) cung cấp danh sách đầy đủ phạm vi bảo hiểm và dịch vụ. Trước khi đăng ký, quý vị cần xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình. Truy cập championhmo.com/member/plan-documents hoặc gọi 1-800-885-8000, TTY 711 để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ mà quý vị thăm khám hiện tại đều thuộc mạng lưới. Nếu họ không có trong danh mục, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị chọn để mua thuốc kê đơn thuộc mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có trong danh mục, có thể quý vị sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua đơn thuốc.
- Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được đài thọ.

Hiểu Rõ Các Quy Tắc Quan Trọng

- Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, quý vị vẫn phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B. Khoản phí này thường được trừ trực tiếp từ séc An Sinh Xã Hội hàng tháng của quý vị.
- Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.
- Trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chương trình không đài thọ các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (bác sĩ không có trong danh mục nhà cung cấp).
- Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị sẽ kết thúc khi chương trình bảo hiểm Medicare mới bắt đầu. Ví dụ, nếu quý vị đang tham gia chương trình Tricare hoặc Medicare, quý vị sẽ không còn nhận quyền lợi từ chương trình đó khi chương trình bảo hiểm mới có hiệu lực.

Chỉ Áp Dụng Cho Các Chương Trình Dành Cho Người Có Nhu Cầu Đặc Biệt

- Chương trình này là chương trình dành cho người có nhu cầu đặc biệt mắc bệnh mạn tính (C-SNP). Quý vị chỉ có thể ghi danh khi được xác nhận mắc một 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 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

	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> 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 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

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 Champion Health Plan.
- 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.

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.

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.

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

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

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mặc quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ăn uống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ra khỏi giường hoặc ghế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuẩn bị bữa ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dùng thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sử dụng phòng tắm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dịch vụ chuyên chở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
COPD hoặc khí phế thũng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Thường xuyên té ngã	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loãng xương	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Viêm xương khớp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Gãy xương gần đây	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Parkinson/ALS/MS/Lupus	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Ung thư	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

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

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

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

GẤP - GIỮ - XÉ

Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề về ruột	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

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
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

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

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	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Ít hứng thú/vui thích khi làm mọi việc	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Cơ khốc lóc	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Khó ngủ	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Bồn chồn / lo âu / lo lắng	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Kích động / Dễ cáu kỉnh / Tức giận	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
Suy nghĩ làm tổn thương bản thân hoặc người khác	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số 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

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

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

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? _____

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

Điều Gì Sẽ Xảy Ra *Tiếp Theo?*

Quý vị đã nộp Đơn Ghi Danh Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe 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 Khỏe 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. 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.

Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion cung cấp miễn phí các hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật nhằm giúp họ giao tiếp hiệu quả với chương trình bảo hiểm y tế. Các dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đã được chứng nhận và tài liệu viết dưới nhiều hình thức khác nhau như: chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập, và các hình thức khác.

Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion cũng cung cấp miễn phí dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, bao gồm thông dịch viên được chứng nhận và tài liệu bằng các ngôn ngữ khác. Nếu quý vị cần các dịch vụ này hoặc tin rằng Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc có hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật, hoặc bản dạng giới, vui lòng liên hệ **Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion tại:**

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

Quý vị có thể nộp khiếu nại trực tiếp hoặc qua đường bưu điện, fax, hoặc email. Nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc nộp khiếu nại hoặc kháng cáo, Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Champion luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn phòng Quyền Dân sự (Office for Civil Rights) theo các cách sau: Trực tuyến: qua Cổng khiếu nại trực tuyến của Văn phòng Quyền Dân sự tại địa chỉ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

Dịch Vụ Thông 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: 我們提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-800-885-8000。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

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.

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 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: لودج وأهـ صلاب قلعتت قلىسأى أ ن ع ةباجالـ ةيناجملا يروفلا مـ جرتـملا تامدخ مدقن اننا 1-800-885-8000. لىل ع انب لاصتالا لىوس كىل ع س لىل ، يروف مـ جرتـم لىل ع لوصحلل . ان لىل ةي ودألا ةيناجم ةمدخ هـه . كـتـدع اسـمـب ةيـبرعـلا شـدحـتـي ام صـشـ مـوقـيـس .

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、無料の通サービスがあります。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。これは無料のサービスです。



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