

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：

加利福尼亚州

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

☐ **Champion Connect
(HMO-POS C-SNP) 002**
月保费 \$0

☐ **Champion Select
(HMO-POS C-SNP) 003**
月保费 \$8.40

☐ **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 \$12

☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
月保费 \$12

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:

Medi-Cal 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** 或 **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。