

投保前確認清單

在決定投保前，請務必充分瞭解我們的福利與規定。如果您有任何疑問，您可以致電 1-800-885-8000，TTY 711 諮詢客戶服務代表。

瞭解福利

- ☐ 《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage, EOC) 提供所有承保項目與服務的完整清單。在您投保之前，請務必查看計畫的承保範圍、費用及福利。請瀏覽 championhmo.com/member/plan-documents 或致電 1-800-885-8000、TTY 711 以查看 EOC 的副本。
- ☐ 請查看醫療服務提供者名錄(或詢問您的醫生)，確認目前為您看診的醫生是否在網絡內。如果您的醫生未列於名錄中，這表示您可能需要選擇一位新醫生。
- ☐ 請查看藥房名錄，確認您用於領取任何處方藥的藥房是否在網絡內。如果您的藥房未列於名錄中，您可能需要選擇一家新藥房來領取處方藥。
- ☐ 請查看處方集，確認您的藥物屬於承保範圍。

瞭解重要規定

- ☐ 除了計畫月保費之外，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。這筆保費通常會從您每月的社會安全福利支票中扣除。
- ☐ 福利、保費和／或共付額／共同保險金可能會在 2027 年 1 月 1 日有所變更。
- ☐ 除非是急診或緊急情況，否則我們不承保由網絡外醫療服務提供者(未列於醫療服務提供者名錄中的醫生)所提供的服務。
- ☐ 在您的新 Medicare 承保開始生效後，您目前的醫療保健承保將終止。例如，如果您目前參加 Tricare 或 Medicare 計畫，在您的新承保開始生效後，您將不再透過該計畫獲得福利。

僅限特殊需求計畫

- ☐ 本計畫是一項慢性疾病特殊需求計畫 (Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP)。您能否投保，將取決於您是否經確認患有特定嚴重或會導致失能的合格慢性疾病。

2027 年投保申請表

哪些人可以使用本表格？

享有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage Plan 的人。

如欲加入某計畫，您必須：

- 具備美國公民身分或美國合法居民身分。
- 居住在本計畫的服務區域。

重要事項：如欲加入 Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有：

- Medicare A 部分 (住院保險)。
- Medicare B 部分 (醫療保險)。

何時該使用本表格？

您可以在以下時間加入計畫：

- 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日 (承保在 1 月 1 日開始生效)。
- 首次獲得 Medicare 後的 3 個月內。
- 在某些情況下，您可以加入或轉換計畫。

請瀏覽 Medicare.gov 以瞭解更多有關您何時可以註冊計畫的資訊。

填寫本表格需要哪些資訊？

- 您的 Medicare 號碼 (列於您紅白藍 Medicare 卡上的號碼)。
- 您的永久地址和電話號碼。

註：您必須填寫第 1 部分的所有項目。

第 2 部分的項目為選填 — 您不會因為沒有填寫這些項目而遭到拒保。

提醒事項：

- 如果您想在秋季開放投保期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入計畫，計畫必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計畫將會寄送計畫保費帳單給您。您可以選擇註冊以從您的銀行帳戶或每月社會安全 (或鐵路員工退休委員會) 福利中扣繳保費款項。

接下來的流程是什麼？

將填妥且簽名的表格寄送至：

Champion Health Plan
5000 Airport Plaza Dr., Ste. 100
Long Beach, CA 90815-1273

在他們處理您的加入申請後，他們將會與您聯絡。

我該如何獲得與本表格有關的協助？

請致電 1-800-885-8000 與 Champion Health Plan 聯絡。TTY 使用者請致電 711。

或者，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 使用者請致電 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.

無家可歸人士

- 如果您想加入計畫，但沒有永久住所，郵政 (Post Office, PO) 信箱、收容所或診所地址，或是您可接收郵件 (例如：社會安全支票) 的地址均可視為您的永久住所地址。

根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的行政管理預算局 (Office of Management and Budget, OMB) 控制編號，否則任何人皆無需對資訊收集作出回應。本資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1378。完成本資訊收集所需的時間，預估為每次回覆平均 20 分鐘，其中包括閱讀說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料，以及填寫並檢查資訊收集所需的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見，或有改善本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將本表格或包含您個人資訊的任何文件 (例如索賠、付款、病歷等) 寄送至 PRA 報告審查辦公室。若我們收到任何與如何改善本表格或減輕資訊收集負擔無關的文件 (如 OMB 0938-1378 所述)，將予以銷毀。這些文件將不會被保存、審查或轉交給計畫。請參閱本頁的「接下來的流程是什麼？」部分，以將您填妥的表格寄送給計畫。

第 1 部分 – 本頁的所有欄位均為必填 (除非標記為選填)

請選擇您想加入的計畫：

☐ **Champion Ally
(HMO) 007**
每月保費 \$0

☐ **Champion AnWell
(HMO) 018**
每月保費 \$0

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

☐ **Champion Choice
(HMO C-SNP) 009**
每月保費 \$2.60

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

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

☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
每月保費 \$7.30

☐ **Champion Compass (HMO C-SNP) 015**
每月保費 \$0

☐ **Champion Home (HMO C-SNP) 016**
每月保費 \$0

☐ **Champion Secure (HMO C-SNP) 017**
每月保費 \$0

名字

姓氏

中間名縮寫 (選填)

出生日期 (月月 / 日日 / 年年年年)

性別

☐

男性

☐

女性

電話號碼

手機號碼 (選填)

☐ 提供您的電話號碼即表示，您同意接收 Champion Health Plan 的電話和／或簡訊，以處理與您醫療保健相關的事宜，包括福利資訊、護理協調及健康計畫服務。簡訊及數據費用可能適用。您可以隨時回覆「STOP」(停止) 以選擇退出。

永久住所街道地址

(請勿填寫郵政信箱。註：針對無家可歸的人士，郵政信箱可視為您的永久住所地址。)

城市

郡縣 (選填)

州

郵遞區號

郵寄地址 (如與永久地址不同，可填寫郵政信箱)

街道地址

城市

州

郵遞區號

您的 Medicare 資訊

Medicare 號碼：

----- - -----

Medicaid 號碼：

A 部分生效日期 (月月/日日/年年年年)：____/____/____

B 部分生效日期 (月月/日日/年年年年)：____/____/____

(此資訊列於您的 Medicare 卡上)

請回答以下重要問題：

1) 除了 Champion Health Plan 之外，您是否將擁有其他處方藥承保
(如退伍軍人事務部 [Veterans Affairs, VA]、TRICARE)？

☐

是

☐

否

其他承保的名稱

此承保的會員號碼

此承保的團體編號

以下部分僅有在您選擇 C-SNP 計畫的情況下才需填寫。

若想投保上列某些計畫，您必須 患有特定慢性疾病。

1) 您是否需要洗腎服務？

☐

是

☐

否

洗腎中心名稱

洗腎中心地址

電話號碼

2) 您是否曾確診以下任何慢性疾病 (請勾選所有適用選項)：

☐

躁鬱症

☐

鬱血性心臟衰竭

☐

重度憂鬱症

☐

心律不整

☐

冠狀動脈疾病 (CAD)

☐

偏執型障礙

☐

心血管疾病

☐

糖尿病

☐

分裂情感性障礙

☐

慢性心臟衰竭 (CHF)

☐

末期腎臟病 (ESRD)

☐

思覺失調症

☐

慢性腎臟病 (CKD)

重要事項：請閱讀並在下方簽名

- 我必須同時保有住院保險 (A 部分) 和醫療保險 (B 部分) 才能留在 Champion Health Plan。
- 加入本 Medicare Advantage 即表示我確認，Champion Health Plan 會將我的資訊與 Medicare 分享；Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的投保情況、進行付款，並用於授權此資訊收集之聯邦法律所允許的其他用途（請參閱下方的「隱私法聲明」）。回覆本表格屬於自願性質。但如果未回覆，可能會影響您投保計畫。
- 我瞭解，我一次只能投保一項 Medicare Advantage (MA) 計畫—且投保本計畫後，我投保的另一項 MA 計畫將自動終止 (MA 私人按服務收費 [Private Fee-for-Service, PFFS] 計畫、MA 醫療儲蓄帳戶 [Medical Savings Account, MSA] 計畫除外)。
- 我瞭解，當 Champion Health Plan 的承保開始生效後，我必須透過 Champion Health Plan 取得所有的醫療及處方藥福利。Champion Health Plan 提供的福利與服務以及 Champion Health Plan《承保範圍說明書》文件（又稱為會員合約或投保人協議）中所包含的福利與服務將可獲得承保。Medicare 和 Champion Health Plan 均不會支付不屬於承保範圍的福利或服務費用。
- 就我所知，本投保申請表中的資訊均正確無誤。我瞭解，如果我蓄意在本表格中提供不實資訊，我將會遭到計畫退保。
- 我瞭解，我（或我的合法授權代表）在本申請表上簽名即表示，我已閱讀並瞭解本申請表的內容。如由授權代表（如上所述）簽名，該簽名證明：
 1. 該人士已獲得州法律授權，可完成此投保手續；且
 2. 可應 Medicare 的要求提供此授權的證明文件。

投保人簽名

今天日期

如果您是授權代表，您必須在上方簽名並填寫以下欄位：

姓名

地址

電話號碼

與投保人的關係

第 2 部分 – 此部分的所有欄位均為選填

您可自行選擇是否要回答這些問題。您不會因為沒有填寫這些項目而遭到拒保。

如果您希望我們以英文以外的其他語言寄送資訊給您，請選擇一項。

☐ 西班牙文

如果您希望我們以無障礙格式寄送資訊給您，請選擇一項。

☐ 盲文版

☐ 大字版

☐ 語音 CD

☐ 資料 CD

如果您需要以上列以外的其他無障礙格式獲得資訊，請致電 1-800-885-8000 與 Champion Health Plan 聯絡。我們辦公室的營業時間：從 10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請致電 711。

您是否有在工作？ ☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否有在工作？ ☐ 是 ☐ 否

我想透過電子郵件獲得下列資料。請選擇一項或多項。

☐ 《承保範圍說明書》(EOC)

☐ 《醫療服務提供者／藥房名錄》

☐ 《處方集》

電子郵件地址：_____

請列出您的基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)、診所或健康中心：

針對想要申請 Champion Advantage 001 或 Champion Connect 002 的申請人，請填寫您的主要診療腎臟科醫師。針對想要申請 Champion Plus 010 的申請人，請填寫您的主要診療精神科醫師：

支付計畫保費

您可每月透過郵件、電子轉帳 (Electronic Funds Transfer, EFT) 或信用卡支付計畫月保費 (包括您目前已積欠或可能積欠的任何延遲投保罰款)。

您也可以選擇每月從社會安全或鐵路員工退休委員會 (RRB) 福利中自動扣繳您的保費。如果您有支付 D 部分收入相關每月調整金額 (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA)，則除了計畫保費之外，您還必須支付該額外金額。請勿向 Champion Health Plan 支付 D 部分 IRMAA。

僅限協助投保人填寫本表格的人士

如果您是協助投保人填寫本表格的人士 (即代理人、保險經紀人、州政府健康保險協助計畫 [State Health Insurance Assistance Program, SHIP] 諮詢人員、家人或其他第三方)，請填寫此部分。

姓名：_____ 與投保人的關係：_____

簽名：_____

全國保險經紀人號碼 (僅限代理人／保險經紀人)：_____

工作人員／保險經紀人姓名 (如有協助投保)：_____

計畫識別號碼：_____ 承保生效日期：_____

年度投保期：_____ 初始承保投保期：_____ 特殊投保期 (類型)：_____ 代理人收到的日期：_____

持照銷售代理人簽名 (必填)：_____

代理人可將填妥的投保申請表和相關文件傳真至 1-949-850-2552。

計畫介紹方式

為確保此投保申請正確反映您查看計畫選項的方式，請選擇曾使用的主要方式：

☐ 當面會談

☐ 線上／電子自助式投保 (沒有代理人協助)

☐ 電話通話

☐ 其他：_____

☐ 視訊通話 (例如：遠距醫療平台、視訊會議)

☐ 自行查看郵寄／書面資料

介紹／討論日期：_____

隱私法聲明：Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 透過 Medicare 計畫收集資訊，以追蹤受益人投保 Medicare Advantage (MA) 計畫的情況、改善護理，並支付 Medicare 福利費用。《社會安全法》第 1851 條以及《聯邦法規彙編》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 編第 422.50 條和第 422.60 條授權收集這些資訊。CMS 可根據《紀錄系統通知》(System of Records Notice, SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 的規定，使用、披露及交換 Medicare 受益人的投保資料。回覆本表格屬於自願性質。但如果未回覆，可能會影響您投保計畫。