

Danh sách kiểm tra trước khi đăng ký

Trước khi đưa ra quyết định đăng ký, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi và trao đổi với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-800-885-8000, TTY 711.

Tìm hiểu về quyền lợi

- ☐ Bằng chứng bảo hiểm (Evidence of Coverage, EOC) cung cấp danh sách đầy đủ về tất cả phạm vi bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị đăng ký. Truy cập championhmo.com/member/plan-documents hoặc gọi 1-800-885-8000, TTY 711 để xem một bản EOC.
- ☐ Xem danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị hiện đang khám đều thuộc mạng lưới. Nếu họ không có tên trong danh sách, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem danh mục nhà thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc theo toa nào đều thuộc mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có tên trong danh sách, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua các thuốc theo toa của mình.
- ☐ Xem danh mục thuốc để đảm bảo rằng thuốc của quý vị được bảo hiểm.

Tìm hiểu về các quy tắc quan trọng

- ☐ Ngoài phí bảo hiểm chương trình hàng tháng, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B. Khoản phí bảo hiểm này thường được khấu trừ từ chi phiếu An sinh Xã hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc các Khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 01 tháng 01 năm 2027.
- ☐ Trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không bảo hiểm các dịch vụ do các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp (các bác sĩ không có tên trong danh mục nhà cung cấp).
- ☐ Phạm vi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị sẽ chấm dứt khi bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu. Ví dụ: nếu quý vị đang tham gia Tricare hoặc một chương trình Medicare, quý vị sẽ không còn nhận được quyền lợi từ chương trình đó sau khi bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu.

Chỉ dành cho các Chương trình nhu cầu đặc biệt

- ☐ Chương trình này là chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho tình trạng mạn tính (chronic condition special needs plan, C-SNP). Khả năng đăng ký của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị mắc một tình trạng mạn tính cụ thể, nghiêm trọng hoặc gây khuyết tật đủ điều kiện.

Phiếu đăng ký năm 2027

Ai có thể sử dụng phiếu này?

Những người có Medicare 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 phục vụ của chương trình.

Quan trọng: Để tham gia một chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện).
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế).

Khi nào tôi sử dụng phiếu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 07 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 01 tháng 01).
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên có Medicare.
- Trong một số trường hợp nhất định khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành phiếu này?

- Mã số Medicare của quý vị (mã số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị).
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị.

Ghi chú: 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 vì không điền các mục này.

Theo Đạo luật giảm thiểu thủ tục giấy tờ năm 1995, không ai phải trả lời hoạt động thu thập thông tin trừ khi hoạt động đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho hoạt động thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết 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 xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, đồng thời hoàn thành và xem xét hoạt động thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về độ chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc để xuất đề cải thiện phiếu này, vui lòng viết thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi phiếu này hoặc bất kỳ tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Phê duyệt Báo cáo PRA. Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến cách cải thiện phiếu này hoặc khối lượng công việc thu thập thông tin của phiếu (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Các tài liệu đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem mục “Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?” trên trang này để gửi phiếu đã điền đầy đủ của quý vị đến chương trình.

Lưu ý:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong kỳ đăng ký mở vào mùa Thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 07 tháng 12), chương trình phải nhận được phiếu đã điền đầy đủ của quý vị chậm nhất là vào ngày 07 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để các khoản thanh toán phí bảo hiểm được khấu trừ từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?

Gửi phiếu đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị đến:

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

Sau khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm thế nào để tôi được trợ giúp về phiếu 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.

Những người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi cư trú thường trú, Hộp thư bưu điện (Post Office, PO), địa chỉ của 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 coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều bắt buộc
(trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)**CHỌN CHƯƠNG TRÌNH QUÝ VỊ MUỐN THAM GIA:**☐ **Champion Ally**
(HMO) 007
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion AnWell**
(HMO) 018
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Care**
(HMO C-SNP) 008
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Choice**
(HMO C-SNP) 009
Phí bảo hiểm \$2.60
mỗi tháng☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001**
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002**
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
Phí bảo hiểm \$7.30 mỗi tháng☐ **Champion Compass (HMO C-SNP) 015**
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Home (HMO C-SNP) 016**
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng☐ **Champion Secure (HMO C-SNP) 017**
Phí bảo hiểm \$0 mỗi tháng**TÊN****HỌ****M.I. (Không bắt buộc)****Ngày sinh (MM/DD/YYYY)****Giới tính**☐**Nam**☐**Nữ****Số điện thoại****Số điện thoại di động (Tùy chọn)**

☐ Bằng việc cung cấp số điện thoại của mình, quý vị đồng ý nhận các cuộc gọi và/hoặc tin nhắn văn bản từ Champion Health Plan cho các mục đích liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin về quyền lợi, điều phối chăm sóc và các dịch vụ của chương trình bảo hiểm y tế. Có thể áp dụng cước tin nhắn và dữ liệu. Quý vị có thể chọn ngừng nhận bất kỳ lúc nào bằng cách trả lời STOP.

Địa chỉ đường phố nơi thường trú

(Không nhập Hộp thư PO. Ghi chú: Đối với những người đang trong tình trạng vô gia cư, Hộp thư PO có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.)

Thành phố**Quận (Tùy chọn)****Tiểu bang Mã ZIP****Địa chỉ nhận thư nếu khác với Địa chỉ thường trú của quý vị (Cho phép Hộp thư PO)****Địa chỉ đường phố****Thành phố****Tiểu bang Mã ZIP**

Thông tin Medicare của quý vị

Mã số Medicare:

Mã số Medicaid:

Ngày có hiệu lực của Phần A (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____

Ngày có hiệu lực của Phần B (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / ____

(Thông tin này có trên thẻ Medicare của quý vị)

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1) Ngoài Champion Health Plan, quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa ☐ Có ☐ Không khác (như VA, TRICARE) không?

Tên của bảo hiểm khác

Mã số hội viên của bảo hiểm này

Mã số nhóm của bảo hiểm này

PHẦN SAU ĐÂY CHỈ CẦN ĐIỀN NẾU QUÝ VỊ CHỌN MỘT CHƯƠNG TRÌNH C-SNP.

Việc đăng ký một số chương trình được liệt kê ở trên yêu cầu quý vị phải mắc một số tình trạng mạn tính nhất định.

1) Quý vị có cần các dịch vụ Lọc máu không? ☐ Có ☐ Không

Tên trung tâm lọc máu

Địa chỉ trung tâm lọc máu

Số điện thoại

2) Quý vị đã được chẩn đoán mắc bất kỳ tình trạng mạn tính nào sau đây chưa (chọn tất cả các tình trạng phù hợp):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Lưỡng cực | ☐ Suy tim sung huyết | ☐ Trầm cảm nặng |
| ☐ Rối loạn nhịp tim | ☐ Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease, CAD) | ☐ Rối loạn hoang tưởng |
| ☐ Bệnh tim mạch | ☐ Tiểu đường | ☐ Rối loạn phân liệt cảm xúc |
| ☐ Suy tim mạn tính (Chronic Heart Failure, CHF) | ☐ Bệnh thận giai đoạn cuối (End Stage Renal Disease, ESRD) | ☐ Tâm thần phân liệt |
| ☐ Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease, CKD) | | |

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới

- Tôi phải duy trì 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 Champion Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, cơ quan này có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép, là luật cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về đạo luật quyền riêng tư bên dưới). Việc quý vị trả lời phiếu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký một chương trình MA tại một thời điểm—và việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc đăng ký của tôi vào một chương trình MA khác (có ngoại lệ đối với các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi phạm vi bảo hiểm Champion Health Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa từ Champion Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Champion Health Plan cung cấp và được nêu trong tài liệu “Bằng chứng bảo hiểm” của Champion Health Plan (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký bảo hiểm) sẽ được bảo hiểm. Medicare và Champion Health Plan đều sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên phiếu đăng ký này là chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trên phiếu này, tôi sẽ bị huỷ đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được pháp luật cho phép hành động thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - Người này được pháp luật Tiểu bang cho phép hoàn thành việc đăng ký này, và
 - Tài liệu chứng minh thẩm quyền này có sẵn để cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký của người đăng ký

Ngày hôm nay

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Tên

Địa chỉ

Số điện thoại

Mối quan hệ với người đăng ký

Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này đều là tùy chọn

Việc trả lời những câu hỏi này là lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền các câu hỏi này.

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng dễ tiếp cận.

☐ Chữ nổi Braille

☐ Bản in chữ lớn

☐ CD âm thanh

☐ CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ Champion Health Plan theo số 1-800-885-8000 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của văn phòng chúng tôi là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần, từ ngày 01 tháng 10 đến ngày 31 tháng 03 và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ ngày 01 tháng 04 đến ngày 30 tháng 09. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

Vợ/chồng của quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều mục.

☐ Bảng chứng bảo hiểm
(Evidence of Coverage, EOC)

☐ Danh mục nhà cung
cấp/nhà thuốc

☐ Danh mục thuốc

Địa chỉ email: _____

Liệt kê Bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Physician, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Đối với người đăng ký Champion Advantage 001 hoặc Champion Connect 002, vui lòng nhập Bác sĩ chuyên khoa thận điều trị chính của quý vị. Đối với người đăng ký Champion Plus 010, vui lòng nhập Bác sĩ tâm thần điều trị chính của quý vị:

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm mọi khoản phí phạt đăng ký tham gia muộn mà quý vị hiện đang có hoặc có thể phải trả) qua thư, bằng Chuyển tiền điện tử (Electronic Funds Transfer, EFT) hoặc bằng thẻ tín dụng mỗi tháng.

Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm bằng cách để khoản phí này tự động được khấu trừ từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (Railroad Retirement Board, RRB) của quý vị mỗi tháng. Nếu quý vị phải thanh toán Khoản điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập Phần D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), quý vị phải thanh toán khoản bổ sung này ngoài phí bảo hiểm chương trình. KHÔNG thanh toán Part D-IRMAA cho Champion Health Plan.

Chỉ dành cho những người hỗ trợ người đăng ký hoàn thành phiếu này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là một cá nhân (tức là đại lý, môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) đang giúp người đăng ký điền phiếu này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Chữ ký: _____

Mã số đại lý/môi giới bảo hiểm quốc gia (chỉ dành cho Đại lý/Môi giới): _____

Tên nhân viên/môi giới (nếu có hỗ trợ đăng ký): _____

Số ID chương trình: _____ Ngày bảo hiểm có hiệu lực: _____

AEP: _____ ICEP: _____ SEP (loại): _____ Ngày đại lý nhận được: _____

Chữ ký của đại lý bán bảo hiểm được cấp phép (bắt buộc): _____

Đại lý có thể fax phiếu đăng ký đã hoàn thành và các tài liệu liên quan đến số **1-949-850-2552**.

Phương thức trình bày chương trình

Để đảm bảo yêu cầu đăng ký này phản ánh chính xác cách các lựa chọn chương trình đã được xem xét, vui lòng chọn phương thức chính đã sử dụng:

☐ Gặp trực tiếp

☐ Tự đăng ký trực tuyến/kỹ thuật số (không có đại lý hỗ trợ)

☐ Gọi điện thoại

☐ Gọi video (ví dụ: nền chăm sóc sức khỏe từ xa, hội nghị video)

☐ Khác: _____

☐ Tự xem xét tài liệu gửi qua đường bưu điện/tài liệu bằng văn bản

Ngày trình bày/thảo luận: _____

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ: Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng đăng ký tham gia các chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện việc chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 của Đạo luật an sinh xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký của người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông báo hệ thống hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Việc quý vị trả lời phiếu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.