CHAMPION HEALTH PLAN

Sổ Đăng Ký
2027
Nevada

Chăm sóc quý vị *là ưu tiên hàng đầu*



Nguyễn Cao Kỳ Duyên
gương mặt đại diện của Champion Health Plan

Champion Ally (HMO)

Champion Ally
(HMO MAPD) H6474-007

Nevada
Các quận Carson City, Churchill, Clark và Washoe

CHAMPION HEALTH PLAN

Chương trình phù hợp *dành cho quý vị!*

Champion Ally (MAPD - HMO)

Chương trình này là một lựa chọn tuyệt vời cho người thụ hưởng Medicare không đủ điều kiện tham gia chương trình Nhu cầu đặc biệt về tình trạng mạn tính (C-SNP). Chương trình này giúp giảm chi phí thuốc theo toa đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ và quyền lợi.

CHAMPION
HEALTH PLAN

Mẫu xác nhận phạm vi cuộc hẹn bán hàng

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid yêu cầu các đại lý bán hàng được cấp phép phải ghi lại phạm vi của cuộc hẹn tiếp thị trước bất kỳ cuộc gặp bán hàng riêng nào để đảm bảo các bên hiểu rõ nội dung sẽ được thảo luận giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ). Tất cả thông tin được cung cấp trên mẫu này đều được bảo mật và mỗi người có Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ phải hoàn thành mẫu này.

GẤP - GIỮ - XÉ

Vui lòng ký tắt bên dưới, cạnh loại sản phẩm mà quý vị muốn đại lý thảo luận.
Các chương trình Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

Các chương trình Medicare Advantage này cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B, đồng thời tất cả đều bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D (MAPD). Một số chương trình được thiết kế cho những người có nhu cầu cụ thể, chẳng hạn như những người mắc bệnh mạn tính (Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho tình trạng mạn tính, hay 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 khác thuộc mạng lưới của chương trình, ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu. Quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính và có thể phải có giấy giới thiệu để khám bác sĩ chuyên khoa.

_____**Các chương trình Medicare Advantage POS (Điểm cung cấp dịch vụ) (HMO-POS):** Các chương trình này kết hợp các đặc điểm của chương trình HMO với một số phạm vi bảo hiểm ngoài mạng lưới. Quý vị chọn một bác sĩ chăm sóc chính trong mạng lưới và có thể khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới đối với các dịch vụ và phạm vi bảo hiểm cụ thể. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Một số chương trình C-SNP có tùy chọn POS cho phép tiếp cận một số nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Tùy chọn này chỉ được cung cấp cho các Chương trình Champion HMO-POS liên quan đến các chương trình C-SNP dành cho CKD/ESRD.

GẤP - GIỮ - XÉ

_____**Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho tình trạng mạn tính (HMO C-SNP):** Các chương trình này được thiết kế cho những người mắc các bệnh mạn tính cụ thể, chẳng hạn như Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease, CKD), bao gồm Bệnh thận giai đoạn cuối (End Stage Renal Disease, ESRD); Tiểu đường; Bệnh tim; Suy tim mạn tính (Chronic Heart Failure, CHF); Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease, CAD); Rối loạn nhịp tim; hoặc các tình trạng sức khỏe hành vi như Tâm thần phân liệt, Rối loạn phân liệt cảm xúc, Rối loạn lưỡng cực, Rối loạn trầm cảm nặng, hay Rối loạn hoang tưởng tái diễn và các Rối loạn loạn thần khác. Các chương trình này điều chỉnh quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp và danh mục thuốc sao cho đáp ứng tốt nhất nhu cầu cụ thể của nhóm đối tượng mà chương trình phục vụ. Một số chương trình C-SNP có tùy chọn POS cho phép tiếp cận một số nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị có thể có mức chia sẻ chi phí khác khi khám các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION
HEALTH PLAN

Mẫu xác nhận phạm vi cuộc hẹn bán hàng (Tiếp theo)

Bằng việc ký mẫu này, quý vị đồng ý gặp một đại lý bán hàng được cấp phép để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý rằng người thảo luận về các sản phẩm là nhân viên hoặc nhà thầu của một chương trình Medicare. Người đó không làm việc trực tiếp cho Chính phủ liên bang. Cá nhân này cũng có thể được trả thù lao dựa trên việc quý vị đăng ký tham gia một chương trình.

Việc ký mẫu này KHÔNG bắt buộc quý vị phải đăng ký tham gia một chương trình, không ảnh hưởng đến tình trạng đăng ký hiện tại của quý vị và không đăng ký quý vị vào một chương trình Medicare.

GẤP - GIỮ - XÉ

Chữ ký và ngày ký của người thụ hưởng hoặc người đại diện được ủy quyền:	
Chữ ký:	Ngày ký:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và viết tên bằng chữ in bên dưới:	
Tên người đại diện:	
Mối quan hệ của quý vị với người thụ hưởng:	

Dành cho đại lý điền:

Tên đại lý:	NPN của đại lý:
Số điện thoại của đại lý:	Email của đại lý:
Tên người thụ hưởng:	Số điện thoại của người thụ hưởng:
Địa chỉ của người thụ hưởng: (không bắt buộc)	
Phương thức liên hệ ban đầu: (Ghi rõ tại đây nếu người đăng ký tiềm năng tự đến mà không hẹn trước)	
Chữ ký của đại lý:	Ngày hoàn tất cuộc hẹn:

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION
HEALTH PLAN



Nguyễn Cao Kỳ Duyên
gương mặt đại diện của Champion Health Plan

Tóm tắt *quyền lợi*

Champion Ally
(HMO) H6474-007

Các quận Carson City, Churchill, Clark và Washoe

Tóm tắt *quyền lợi* năm 2027

CHAMPION HEALTH PLAN

Champion Health Plan

Ngày 1 tháng 1 năm 2027 - Ngày 31 tháng 12 năm 2027

Champion Health Plan là chương trình HMO, HMO C-SNP và HMO-POS C-SNP có hợp đồng với Medicare. Việc đăng ký Champion Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin về quyền lợi được cung cấp là bản tóm tắt về những gì chúng tôi chi trả và những gì quý vị có thể phải trả. Nó không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi cung cấp hoặc liệt kê mọi hạn chế hoặc loại trừ. Để xem danh sách đầy đủ các dịch vụ được chúng tôi bảo hiểm, vui lòng truy cập tập sách "Bằng chứng bảo hiểm" tại championhmo.com.

Để tham gia **Champion Ally (HMO)**, quý vị phải có quyền hưởng Medicare Phần A, đã đăng ký Medicare Phần B và sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi. Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại Nevada: Carson City, Churchill, Clark và Washoe.

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

Để biết về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Medicare gốc, hãy xem trong sổ tay "Medicare & quý vị" hiện tại của quý vị. Xem trực tuyến tại medicare.gov hoặc nhận bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, bao gồm cả một số ngày lễ liên bang. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
Tài liệu này được cung cấp ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in chữ lớn hoặc bản âm thanh.

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi miễn phí cho chúng tôi theo số 1-800-885-8000.
Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, chúng tôi làm việc 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ Thái Bình Dương (Pacific Time, PT). Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, chúng tôi làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ PT. Quý vị cũng có thể truy cập championhmo.com.

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Phí bảo hiểm hàng tháng	$0
Khấu trừ chương trình hàng năm	Không có khoản khấu trừ
Chi phí tự trả tối đa hàng năm (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$999

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện*	$0 cho mỗi lần lưu trú
Bệnh viện ngoại trú và Trung tâm phẫu thuật ngoại trú (Ambulatory Surgery Center, ASC)*	Đồng thanh toán $100 cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú Đồng thanh toán $0 cho phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật ngoại trú Đồng thanh toán $0 cho việc theo dõi bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện
Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính	Khoản đồng thanh toán $0
Bác sĩ chuyên khoa*	Khoản đồng thanh toán $0 Có thể cần phải có sự cho phép đối với tất cả các dịch vụ ngoại trừ dịch vụ về thận.
Dịch vụ phòng ngừa (các dịch vụ sàng lọc được Medicare bảo hiểm)	Khoản đồng thanh toán $0
Chăm sóc cấp cứu (Khoa cấp cứu của bệnh viện)	$150 Đồng thanh toán Miễn đồng thanh toán nếu nhập viện trong vòng 24 giờ do sự cố liên quan đến sức khỏe.
Chăm sóc cấp cứu toàn cầu	Khoản đồng thanh toán $0 cho mức tối đa lên đến $100,000 Giới hạn quyền lợi toàn cầu được chương trình hoàn trả không vượt quá 60% mức giá Medicare tại địa phương. Kết hợp với Chăm sóc khẩn cấp cần thiết toàn cầu.
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp (Trung tâm chăm sóc khẩn cấp ngoài bệnh viện)	Khoản đồng thanh toán $0
Chăm sóc khẩn cấp cần thiết toàn cầu	Khoản đồng thanh toán $0 cho mức tối đa lên đến $100,000 Giới hạn quyền lợi toàn cầu được chương trình hoàn trả không vượt quá 60% mức giá Medicare tại địa phương. Kết hợp với Chăm sóc khẩn cấp toàn cầu.
Dịch vụ chẩn đoán/xét nghiệm/hình ảnh* • Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán • Tia X • Dịch vụ phòng xét nghiệm • Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (như chụp MRI, CT) • Dịch vụ X quang trị liệu (như điều trị ung thư bằng xạ trị)	Đồng thanh toán $0 Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán cũng như dịch vụ xét nghiệm có thể yêu cầu sự cho phép và giấy giới thiệu.

*Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép và/hoặc giấy giới thiệu.

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Dịch vụ thính giác • Các dịch vụ được bảo hiểm của Medicare trong mạng lưới của mình • Khám thính lực định kỳ và lắp/đánh giá máy trợ thính • Máy trợ thính	Khoản đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ được Medicare bảo hiểm mỗi năm Đồng thanh toán $0 cho một lần khám định kỳ và một lần lắp/đánh giá máy trợ thính mỗi năm Khoản đồng thanh toán $149 cho mỗi máy trợ thính (tất cả các mẫu), tối đa hai (2) máy mỗi ba (3) năm đối với máy trợ thính TruHearing Advanced.
Dịch vụ nha khoa* • Dịch vụ nha khoa được Medicare bảo hiểm • Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (khám, làm sạch răng, điều trị bằng fluoride, chụp X-quang và các dịch vụ nha khoa khác) • Dịch vụ nha khoa toàn diện (phục hồi răng, nha chu, nội nha, phục hình răng và phẫu thuật)	Đồng thanh toán $0 cho Dịch vụ Nha khoa Phòng ngừa và các dịch vụ nha khoa được Medicare chi trả Giảm 20% đến 40% chi phí cho Dịch vụ Nha khoa Toàn diện. Có thể áp dụng một số hạn chế. Giới hạn bảo hiểm quyền lợi hàng năm là $3,000 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp
Dịch vụ nhãn khoa • Khám mắt được Medicare bảo hiểm • Gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng được Medicare chi trả • Khám mắt định kỳ • Gọng kính và tròng kính hoặc kính áp tròng	Đồng thanh toán $0 cho một kỳ khám được Medicare chi trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng về mắt (bao gồm cả sàng lọc bệnh tăng nhãn áp hàng năm) Đồng thanh toán $0 cho (1) cặp kính mắt được Medicare chi trả (kính mắt hoặc kính áp tròng) sau phẫu thuật đục thủy tinh thể Khoản đồng thanh toán $0 cho một (1) lần khám mắt định kỳ, bao gồm tối đa một (1) lần đo khúc xạ mỗi năm Khoản trợ cấp $350 cho kính mắt (tròng kính và gọng kính) và các hạng mục nâng cấp mỗi năm
Dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú*	Đồng thanh toán $100 cho ngày 1-10 Đồng thanh toán $0 cho ngày 11-90
Dịch vụ sức khỏe tâm thần ngoại trú* (các buổi trị liệu cá nhân và theo nhóm được Medicare bảo hiểm)	Khoản đồng thanh toán $0

*Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép và/hoặc giấy giới thiệu.

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn*	Đồng thanh toán $0 cho ngày 1-20 Khoản đồng thanh toán $221 mỗi ngày từ ngày thứ 21 đến ngày thứ 100
Phục hồi chức năng ngoại trú* • Vật lý trị liệu • Liệu pháp ngôn ngữ • Liệu pháp phục hồi chức năng	Khoản đồng thanh toán $0
Dịch vụ xe cứu thương*	20% chi phí cho dịch vụ máy bay cứu thương được Medicare chi trả $0 hoặc $125 cho chi phí dịch vụ xe cứu thương mặt đất được Medicare chi trả Mức chia sẻ chi phí tối thiểu áp dụng cho dịch vụ vận chuyển cứu thương trên không và trên bộ không khẩn cấp.
Dịch vụ chuyên chở	Khoản đồng thanh toán $0 48 lượt đi một chiều đến các địa điểm liên quan đến sức khỏe được chương trình phê duyệt. Quãng đường tối đa cho mỗi chuyến đi là 25 dặm.
Thuốc Medicare Phần B*	0% đến 20% chi phí Khoản đồng thanh toán từ $0 đến $15 cho lượng insulin đủ dùng trong 30 ngày.
Lọc thận	20% chi phí
Thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME)*	DME, Chân tay giả và Vật tư y tế: $0 cho các mặt hàng có giá trị $100 trở xuống 20% chi phí cho các mặt hàng trên $100

*Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép và/hoặc giấy giới thiệu.

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Quyền lợi vật phẩm mua không cần toa / thực phẩm lành mạnh / dịch vụ tiện ích	Trợ cấp $220 cho mỗi (3) tháng Đồng thanh toán $0 cho khoản trợ cấp hàng quý 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 dịch vụ tiện ích. Một số quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm tiểu đường, rối loạn tim mạch, đột quỵ, thừa cân, béo phì, hội chứng chuyển hóa và ung thư. Đây không phải là danh sách đầy đủ các bệnh đủ điều kiện. Vui lòng xem Biểu đồ quyền lợi y tế của Chương 4, Mục 2 trong Bằng chứng bảo hiểm dành cho Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho Người bệnh mãn tính để biết danh sách đầy đủ các bệnh đủ điều kiện.
Châm cứu • Châm cứu được Medicare chi trả • Châm cứu thường quy	 Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ được bảo hiểm của Medicare Khoản đồng thanh toán $0 cho tối đa 50 lần thăm khám mỗi năm (tính gộp với dịch vụ nắn xương định kỳ)
Nắn xương • Chăm sóc nắn xương được Medicare bảo hiểm • Chăm sóc nắn xương thường quy	 Đồng thanh toán $0 cho các dịch vụ được bảo hiểm của Medicare Khoản đồng thanh toán $0 cho tối đa 50 lần thăm khám mỗi năm (tính gộp với dịch vụ châm cứu định kỳ)
Quyền lợi Silver&Fit	Đồng thanh toán $0 để được hoàn lại tới $35 mỗi tháng cho thẻ thành viên phòng tập thể dục hoặc các lớp thể dục
Dịch vụ chăm sóc bàn chân (chỉ các dịch vụ được Medicare bảo hiểm)*	Khoản đồng thanh toán $0
Chăm sóc cuối đời	Được bảo hiểm bởi Medicare gốc
Dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời (Hỗ trợ người chăm sóc)	Khoản đồng thanh toán $0 cho tối đa mười hai (12) buổi hỗ trợ của Helper Bees, mỗi buổi kéo dài 4 giờ, dành cho người chăm sóc của hội viên

*Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép và/hoặc giấy giới thiệu.

CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	CHAMPION ALLY
Hệ thống ứng phó cấp cứu cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS)	Khoản đồng thanh toán $0
Khám sức khỏe thể chất hàng năm	Đồng thanh toán $0 cho một (1) lần khám hàng năm
Thiết bị và sửa đổi an toàn cho nhà và phòng tắm	Đồng thanh toán $0 cho việc cung cấp ghế tắm
Giáo dục về sức khỏe	Khoản đồng thanh toán $0

BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA PHẦN D		
CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	**CHAMPION ALLY**	
Khoản khấu trừ Phần D	Không có khoản khấu trừ	Không có khấu trừ
	Nhà thuốc bán lẻ tham gia	**Đặt hàng qua đường bưu điện**
Bảo hiểm ban đầu	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày
Bậc 1: Thuốc gốc ưu tiên (bao gồm insulin)	Khoản đồng thanh toán $0	Khoản đồng thanh toán $0
Bậc 2: Thuốc gốc • **Insulin**	Khoản đồng thanh toán $5 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $5 và 25% chi phí	Khoản đồng thanh toán $10 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $10 và 25% chi phí
Bậc 3: Biệt dược ưu tiên • **Insulin**	Khoản đồng thanh toán $47 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $35 và 25% chi phí	Khoản đồng thanh toán $94 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $70 và 25% chi phí
Bậc 4: Biệt dược không ưu tiên • **Insulin**	Khoản đồng thanh toán $100 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $35 và 25% chi phí	Khoản đồng thanh toán $200 Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $70 và 25% chi phí
Bậc 5: Bậc chuyên khoa • **Insulin**	33% chi phí Mức thấp hơn giữa Khoản đồng thanh toán $35 và 25% chi phí	Không có lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày ở Bậc 5
Bậc 6: Thuốc chăm sóc chọn lọc (bao gồm insulin)	Khoản đồng thanh toán $0	Khoản đồng thanh toán $0
Bảo hiểm thảm họa (sau khi quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị thanh toán $2,400)	Trong giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần **D** được bảo hiểm của quý vị.	

BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA PHẦN D	
CHI TIẾT CHƯƠNG TRÌNH	**CHAMPION ALLY**
Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho insulin	Tại các địa điểm nhà thuốc bán lẻ, quý vị sẽ không phải trả quá $35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc $105 cho lượng thuốc đủ dùng trong ba tháng của mỗi sản phẩm insulin thuộc Bậc 2, 3 và 4 được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Quý vị sẽ không phải trả quá $35 cho lượng insulin đủ dùng trong một tháng thuộc Bậc 5. Đối với dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện, quý vị sẽ không phải trả quá $70 cho lượng thuốc đủ dùng trong ba tháng của mỗi sản phẩm insulin thuộc Bậc 2, 3 và 4 được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Không cung cấp lượng insulin dùng dài hạn thuộc Bậc 5 qua nhà thuốc bán lẻ hoặc dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện.
Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin	Chương trình của chúng tôi bảo hiểm hầu hết các loại vắc-xin Phần **D** mà quý vị không phải trả phí. Gọi tới Dịch vụ hội viên để biết thêm thông tin.
Chương trình Extra Help từ Medicare	Medicare và Cơ quan An sinh Xã hội có chương trình Extra Help hỗ trợ chi phí thuốc theo toa cho người có thu nhập và nguồn lực tài chính hạn chế. Nếu đủ điều kiện, bạn sẽ được hỗ trợ trả tiền bảo hiểm thuốc Medicare hằng tháng, khoản khấu trừ hằng năm và các khoản đồng chi trả. Khoản hỗ trợ từ Extra Help cũng được tính vào chi phí tự trả của bạn.

Tài nguyên về *quyền lợi bổ sung*

Ngoài Original Medicare

Thực phẩm lành mạnh / Sản phẩm không kê toa / Dịch vụ tiện ích
Quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ giao thực phẩm lành mạnh khi tham gia chương trình quản lý chăm sóc. Quý vị cũng có thể lựa chọn các sản phẩm và dịch vụ tiện ích trong danh mục sản phẩm không kê toa.

Tư vấn của điều dưỡng 24/7
Hãy gọi cho điều dưỡng có đăng ký hành nghề vào bất kỳ lúc nào, dù ngày hay đêm. Các điều dưỡng của Carenet luôn sẵn sàng 24/7 để giải đáp các câu hỏi về sức khỏe, trao đổi về triệu chứng và giúp quý vị tự tin đưa ra quyết định.

Dịch vụ chuyên chở
Tìm hiểu cách tận dụng tối đa quyền lợi chuyên chở của quý vị.

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

Nha khoa
Phạm vi bảo hiểm thông qua Delta Dental giúp quý vị duy trì sức khỏe tổng thể và sức khỏe răng miệng.

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

Thiết bị cảnh báo cá nhân
Hệ thống ứng phó khẩn cấp cá nhân cung cấp trợ giúp chỉ bằng thao tác nhấn nút.

Châm cứu và trị liệu thần kinh cột sống
Nhiều chương trình cung cấp dịch vụ châm cứu và trị liệu thần kinh cột sống thông qua American Specialty Health để hỗ trợ sức khỏe tổng thể.

Thể dục
Duy trì vận động với quyền lợi hội viên phòng tập thể dục và khoản hoàn trả chi phí lớp thể dục được cung cấp trong hầu hết các chương trình thông qua chương trình Silver&Fit.

Chăm sóc thay thế tạm thời
Một số chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời thông qua The Helper Bees, giúp hội viên tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ ngắn hạn tại nhà.

Các quyền lợi khác nhau tùy theo chương trình. Xem bằng chứng bảo hiểm của quý vị để biết thông tin về phạm vi bảo hiểm.

CHAMPION
HEALTH PLAN

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

GẤP - GIỮ - XÉ

- ☐ 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

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

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 đề xuất để 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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

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 Care (HMO C-SNP) 008**
  Phí bảo hiểm $0 mỗi tháng
- ☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**
  Phí bảo hiểm $6.60 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 $7.30 mỗi tháng
- ☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
  Phí bảo hiểm $7.30 mỗi tháng

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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**

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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)

GẤP - GIỮ - XÉ

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

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

GẤP - GIỮ - XÉ

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

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION
HEALTH PLAN

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:

1. Người này được pháp luật Tiểu bang cho phép hoàn thành việc đăng ký này, và
2. Tài liệu chứng minh thẩm quyền này có sẵn để cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

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

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

☐ Bằng 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:

GẤP - GIỮ - XÉ

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:

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

CHAMPION HEALTH PLAN

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

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
- ☐ Gọi điện thoại
- ☐ Gọi video (ví dụ: nền chăm sóc sức khỏe từ xa, hội nghị video)
- ☐ Tự xem xét tài liệu gửi qua đường bưu điện/tài liệu bằng văn bản
- ☐ Tự đăng ký trực tuyến/kỹ thuật số (không có đại lý hỗ trợ)
- ☐ Khác: _____

Ngày trình bày/thảo luận: _____

GẤP - GIỮ - XÉ

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.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

Những điều sắp diễn ra *tiếp theo*

Quý vị đã gửi đơn ghi danh Champion Health Plan — vậy tiếp theo sẽ diễn ra điều gì?

Đã nhận được đơn ghi danh
Thông tin ghi danh của quý vị được gửi đến Champion Health Plan 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 minh ghi danh gửi đi (Outbound Enrollment Verification, OEV)
Thư này nhằm xác nhận việc quý vị ghi danh vào Chương trình. Thư sẽ có thông tin như số ID hội viên và thông tin về Thuốc kê theo toa Phần D của quý vị.

Thẻ ID hội viên Champion Health Plan của quý vị
Quý vị sẽ nhận được thẻ ID hội viên Champion Health Plan qua đường bưu điện. Hãy nhớ để thẻ này ở nơi thuận tiện! Quý vị sẽ cần thẻ này khi đến khám bác sĩ, đến nhà thuốc hoặc bệnh viện. Thẻ Chương trình nha khoa của quý vị sẽ được gửi riêng.

Gói tài liệu chào mừng
Quý vị sẽ nhận được một gói tài liệu chứa thông tin quan trọng về cách tận dụng tối đa khoản đài thọ của Champion Health Plan.

Cuộc gọi hoặc buổi thăm viếng chào mừng
Một đại diện sẽ gọi cho quý vị để sắp xếp thời gian xem xét Gói tài liệu chào mừng cùng quý vị.

Trợ giúp về chi phí Medicare của quý vị
Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của liên bang, “Trợ giúp phụ trội” (Extra Help). Nhiều người đủ điều kiện ngay cả khi họ không có thu nhập thấp. Để đăng ký hỗ trợ tài chính này cho chi phí thuốc của quý vị, hãy gọi cho Cơ quan An Sinh Xã Hội (Social Security) theo số 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778 hoặc đăng ký 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. tất cả 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.

Champion Health Plan cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho những người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Các dịch vụ đó có thể bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở nhiều định dạng khác nhau như: bản in cỡ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ truy cập và nhiều định dạng khác.

Champion Health Plan cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như thông dịch viên có trình độ và thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu bạn cần những dịch vụ này hoặc cho rằng Champion Health Plan đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc bản dạng giới, hãy liên hệ **Dịch vụ Hội viên của Champion Health Plan tại:**

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

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp để nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo, Dịch vụ Hội viên của Champion Health Plan luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền, theo hình thức điện tử thông qua Cổng thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

Dịch vụ phiên 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 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┌提供免┌的翻┌服┌，┌助┌解答┌于健康或┌物保┌的任何疑┌。如果┌需要此翻┌服┌，┌致┌1-800-885-8000。我┌的中文工作人┌很┌意┌助┌。┌是一┌免┌服┌。

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لديك. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على **1-800-885-8000**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-885-8000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-885-8000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-885-8000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal 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┌ビスがありますございます。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┌ビスです。

Ghi chú

CHAMPION HEALTH PLAN

Nếu có thắc mắc, xin 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

CHAMPION
HEALTH PLAN

48792735NV2027VIE