CHAMPION HEALTH PLAN

2027 년
가입자 안내서
California

챔피언처럼 든든하게 지켜주는 케어



Champion Ally (HMO)

Champion Ally
(HMO MAPD) H6170-007

California
프레스노, 임페리얼, 컨, 로스앤젤레스, 마데라, 오렌지, 리버사이드,
샌버나디노 및 샌디에고 카운티

CHAMPION
HEALTH PLAN

귀하에게 적합한 플랜!

Champion Ally (MAPD - HMO)

이 플랜은 만성 질환 특별 필요 플랜(Chronic Condition Special Needs plan, C-SNP)에 가입할 자격이 되지 않는 메디케어(Medicare) 수혜자에게 좋은 선택입니다. 이 플랜은 추가 서비스와 혜택을 제공하는 동시에 처방약 비용을 줄여줍니다.

CHAMPION HEALTH PLAN

판매 상담 예약 확인서의 상담 범위

메디케어·메디케이드 서비스 센터는 면허를 소지한 판매 대리인이 개별 판매 상담을 진행하기 전에 마케팅 상담의 범위를 문서화하도록 요구하고 있으며, 이는 에이전트 및 메디케어 수혜자(또는 승인받은 대리인) 간에 논의될 내용을 명확히 이해하도록 하기 위함입니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀이며, 메디케어 가입자 본인 또는 승인받은 대리인이 직접 작성해야 합니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

에이전트와 상담을 원하시는 상품 유형 옆에 이니셜을 기입해 주십시오.
메디케어 어드밴티지 플랜(HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):

이러한 메디케어 어드밴티지 플랜들은 메디케어 파트 A 및 파트 B의 모든 혜택을 제공하며, 모두 메디케어 파트 D 처방약 보장(MAPD)을 포함합니다. 일부 보험 플랜은 만성 질환을 앓고 있는 분들과 같이 특별 필요 사항이 있는 개인을 위해 설계되었습니다(만성 질환 특별 필요 플랜, C-SNP).

_____**메디케어 어드밴티지 HMO(건강 관리 기관):** 응급 상황을 제외하고는 반드시 해당 보험 플랜의 네트워크에 속한 의사, 병원 및 기타 의료 제공자를 이용해야 합니다. 귀하는 반드시 주치의를 선택해야 하며, 전문의 진료를 받으려면 진료 의뢰를 받아야 할 수도 있습니다.

_____**메디케어 어드밴티지 POS(Point of Service) 플랜(HMO-POS):** 이러한 플랜은 HMO 플랜의 특징과 일부 네트워크 외 의료 보장을 결합한 것입니다. 귀하는 네트워크 내의 주치의를 선택할 수 있으며, 특정 서비스 및 보장 범위에 한해 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 본인 부담금이 다를 수 있습니다. 일부 C-SNP에는 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있도록 하는 POS 옵션이 포함되어 있습니다. 이 옵션은 Champion HMO-POS 플랜 중 CKD/ESRD C-SNP와 연계된 플랜에서만 이용 가능합니다.

_____**만성 질환 특별 필요 플랜(HMO C-SNP):** 이러한 플랜들은 말기 신부전(ESRD)을 포함한 만성 신장 질환(CKD), 당뇨병, 심장 질환, 만성 심부전(CHF), 관상동맥 질환(CAD) 또는 심장 부정맥과 같은 특정 만성 질환이 있는 사람, 또는 정신분열증, 조현정동장애, 양극성 장애, 주요 우울 장애 또는 재발성 편집증 및 기타 정신병적 장애와 같은 정신 건강 질환이 있는 사람들을 위해 설계되었습니다. 그들은 자신들이 서비스를 제공하는 집단의 특정 필요 사항을 가장 잘 충족시킬 수 있도록 혜택, 의료 제공자 선택 및 약품 목록을 맞춤형으로 조정합니다. 일부 C-SNP에는 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 수 있도록 하는 POS 옵션이 포함되어 있습니다. 네트워크 외 의료 제공자를 이용할 경우 본인 부담금이 다를 수 있습니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN

판매 상담 예약 확인서의 상담 범위(계속)

이 양식에 서명함으로써, 귀하는 위에서 귀하가 선택(이니셜 기재)한 상품 유형에 대해 상담하기 위해 공인 판매 에이전트와의 만남에 동의하게 됩니다. 참고로, 상품에 대해 상담해 드릴 사람은 메디케어 플랜에 고용되었거나 계약을 맺은 직원입니다. 그들은 직접적으로 연방 정부를 위해 일하지 <u>않습니다</u>. 이 사람은 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수도 있습니다.

이 양식에 서명한다고 해서 귀하가 반드시 플랜에 가입해야 하는 것은 아니며 현재 가입 상태에 영향을 미치거나, 메디케어 플랜에 자동으로 가입되는 것은 아닙니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

수혜자 또는 승인받은 대리인의 서명 및 서명 날짜:	
서명:	서명 날짜:
귀하가 승인받은 대리인인 경우, 위에 서명하고 아래에 정자체로 이름을 적어 주십시오:	
대리인의 이름:	
수혜자와 귀하의 관계:	

에이전트 작성란:

에이전트 이름:	에이전트 NPN:
에이전트 전화번호:	에이전트 이메일:
수혜자 이름:	수혜자 전화번호:
수혜자 주소: (선택 사항)	
최초 연락 방법: (지원자가 사전 예약 없이 방문한 경우 여기에 표시하십시오)	
에이전트 서명:	예약 날짜 완료됨:

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN



혜택 요약

Champion Ally (HMO) H6170-007

프레스노, 임페리얼, 컨, 로스앤젤레스, 마데라, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고 카운티

H6170_SB007CA2027_M

2027 혜택 요약

Champion Health Plan

2027년 1월 1일 - 2027년 12월 31일

Champion Health Plan은 메디케어와 계약을 맺은 HMO, HMO C-SNP 및 HMO-POS C-SNP입니다. Champion Health Plan 가입은 계약 갱신 여부에 따라 결정됩니다.

제공된 혜택 정보는 저희가 보장하는 내용과 귀하가 부담하게 될 예상 비용에 대한 요약입니다. 이 문서에는 저희가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 사항 및 예외 사항이 나열되어 있지는 않습니다. 저희가 보장하는 서비스의 전체 목록을 보시려면 championhmo.com에서 "보험증서" 책자를 참조하십시오.

Champion Ally (HMO)에 가입하려면, 귀하는 메디케어 파트 A 자격이 있고, 메디케어 파트 B에 가입되어 있으며, 저희 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. 저희 서비스 지역은 캘리포니아주의 다음 카운티들을 포함합니다: 프레스노, 임페리얼, 컨, 로스앤젤레스, 마데라, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고.

응급 상황을 제외하고, 귀하가 저희 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하는 경우 저희는 해당 서비스에 대한 비용을 지급하지 않을 수 있습니다.

오리지널 메디케어의 보장 및 비용에 대한 자세한 내용은 귀하의 현재 "메디케어와 당신(Medicare & You)" 안내 책자를 참조하십시오. medicare.gov에서 온라인으로 확인하거나 일부 연방 공휴일을 포함해 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화해 사본을 받으실 수 있습니다.
TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
이 문서는 점자, 큰 활자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로도 제공됩니다.

더 자세한 정보를 원하시면 무료 전화 1-800-885-8000번으로 저희에게 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는, 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)까지 이용 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는, 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)까지 이용 가능합니다. 또한 championhmo.com에서 저희 사이트를 방문하실 수도 있습니다.

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
월 보험료	$0
연간 플랜 디덕터블	디덕터블 없음
연간 최대 본인 부담금(MOOP)	$499

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
병원 입원*	체류당 $0
외래 진료 병원 및 외래 수술 센터(ASC)*	외래 병원 서비스에 대한 코페이 $100 외래 수술 센터에서 수술 시 코페이 $0 외래 환자 병원 관찰 시 코페이 $0
1차 진료 제공자	코페이 $0
전문의*	코페이 $0 신장내과를 제외한 모든 서비스에 대해 승인이 필요할 수 있습니다.
예방 서비스 (메디케어 보장 검진)	코페이 $0
응급 진료 (병원 응급실) **전 세계 응급 진료**	코페이 $150 관련 건강 문제로 24시간 이내에 입원할 경우 코페이가 면제됩니다. 해당 플랜을 통해 전 세계적으로 최대 $100,000까지 코페이 $0로 보상받을 수 있으며, 보상 한도는 현지 메디케어 요율의 60%를 초과할 수 없습니다. 전 세계적으로 긴급히 필요한 진료와 결합됨.
긴급 진료 서비스 **(비병원 긴급 진료 센터)** **전 세계적으로 긴급히 필요한 진료**	코페이 $0 해당 플랜을 통해 전 세계적으로 최대 $100,000까지 코페이 $0로 보상받을 수 있으며, 보상 한도는 현지 메디케어 요율의 60%를 초과할 수 없습니다. 전 세계 응급 진료와 결합됨.
진단 서비스/검사실/영상* • 진단 검사 및 시술 • 엑스레이 • 검사실 서비스 • 진단 방사선 서비스(MRI, CT 스캔 등) • 치료적 방사선 서비스(암에 대한 방사선 치료 등)	코페이 $0 진단 검사 및 시술, 검사실 서비스에는 승인과 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
청력 서비스 • 메디케어 적용 서비스 • 정기 청력 검사 및 보청기 피팅/평가 • 보청기	매년 메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 정기 검진 1회 및 보청기 피팅/평가 1회에 대해 코페이 $0 TruHearing Advanced 보청기의 경우, 매 3년마다 최대 2대까지 보청기 1대당(모든 모델) 코페이 $149.
치과 서비스* • 메디케어 적용 치과 서비스 • 예방 치과 서비스(검진, 클리닝, 불소 도포, 엑스레이 촬영, 기타 치과 서비스) • 종합적인 치과 서비스(보존 치료, 치주 치료, 근관 치료, 보철 치료, 외과적 수술)	예방 치과 서비스 및 Medicare 보장 치과 서비스에 대한 코페이 $0 종합 치과 서비스 비용의 20%에서 40%. 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 예방 및 종합 치과 서비스 합산 연간 혜택 보장 한도 $3,000
시력 서비스 • 메디케어 적용 안과 검진 • 메디케어 적용 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈 • 정기 안과 검사 • 일반 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈	메디케어가 적용되는 안과 질환 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사(연간 녹내장 검진 포함)에 대한 코페이 $0 백내장 수술 후 메디케어가 적용되는 안경류(안경 또는 콘택트 렌즈) (1)쌍에 대한 코페이 $0 연도당 (1)회 정기 안과 검진 및 굴절 검사 시 코페이 $0 매년 안경(일반 안경테 및 렌즈) 및 업그레이드에 대해 지원금 $350
정신 건강 입원 환자*	1~5일차 코페이 $100 6~90일차 코페이 $0
정신 건강 외래 환자*(메디케어 적용 개인 및 그룹 세션)	코페이 $0
전문 간호 시설*	1~20일차 코페이 $0 21~100일차 하루당 $221
외래 재활* • 물리 치료 • 언어 치료 • 작업 치료	코페이 $0

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
구급차 서비스*	메디케어가 적용되는 항공 구급 서비스 비용의 20% 메디케어가 적용되는 지상 구급차 서비스 비용은 $0 또는 $125 응급 상황이 아닌 경우의 항공 및 지상 구급차 이송에는 최소 비용 분담 적용.
이송	코페이 $0 플랜의 승인을 받은 건강 관련 시설 48곳(편도 기준). 1회 이동 시 최대 주행 거리는 25마일입니다.
메디케어 파트 B 약품*	비용의 0%~20% 30일분 인슐린에 대한 코페이는 $0에서 $35입니다.
투석	비용의 20%
내구성 의료 장비(DME)*	DME, 인공 기관 및 의료용품: $100 이하 품목은 $0 $100 초과 품목의 경우 비용의 20%
처방전 없이 구입 가능한 약 / 건강한 식품 / 공과금 혜택	매 분기마다 지원금 $225. 건강 식품 및 농산물, 처방전 없이 구입 가능한 약 및/또는 공과금 지원에 사용할 수 있는 분기별 지원금에 대한 코페이는 $0입니다. 언급된 혜택 중 일부는 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일환입니다. 모든 가입자가 자격이 되는 것은 아닙니다. 해당 조건에는 당뇨병, 심혈관 질환, 뇌졸중, 과체중, 비만, 대사증후군 및 암 등이 포함됩니다. 이는 자격이 갖추기 위한 조건의 전체 목록이 아닙니다. 자격 요건에 대한 자세한 내용과 해당 질환의 전체 목록은 귀하의 보험증서 제4장 섹션 2의 '만성질환자를 위한 특별 보충 혜택' 의료 혜택 표를 참조하십시오. 1분기에 사용되지 않은 자금은 2분기로 이월되지만, 이후 분기로는 이월되지 않습니다. 미사용 자금의 이월을 위한 이 순차적 일정은 해당 연도의 남은 분기에 적용됩니다.

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
침술 • 메디케어 적용 침술 • 정기 침술	메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 카이로프랙틱과 합산)
카이로프랙틱 • 메디케어 적용 카이로프랙틱 치료 • 정기 카이로프랙틱 치료	메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 침술과 합산)
실버앤핏(Silver&Fit) 피트니스 혜택	헬스장 회원권 또는 피트니스 수업에 대해 매월 최대 $35까지 환급받을 수 있으며 코페이 $0
족부 진료 서비스 (메디케어 적용 서비스에 한함)*	코페이 $0
호스피스	Original Medicare 적용됨
휴식 서비스 (간병인을 위한 지원)	가입자의 간병인을 위한 Helper Bees 지원 서비스를 최대 십이(12) 회의 4시간 세션에 대해 코페이 $0로 이용하실 수 있습니다.
개인 비상 대응 시스템(PERS)	코페이 $0
연례 건강 검진	연례 검진 일(1) 회에 대한 코페이 $0
가정 및 욕실 안전 장치및 개조	샤워 의자 제공에 대한 코페이 $0
건강 교육	코페이 $0

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약 보장		
플랜 세부 정보	**CHAMPION ALLY**	
파트 D 디덕터블	디덕터블 없음	디덕터블 없음
	참여 소매 약국	**우편 주문**
초기 보장	최대 30일 공급분	100일 공급분
1군: 선호 제네릭 (인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
2단계: 제네릭 • **인슐린**	코페이 $5 본인 부담금 $5 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $10 본인 부담금 $10 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
3군: 선호 브랜드 • **인슐린**	코페이 $47 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $94 본인 부담금 $70 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
4군: 비선호 브랜드 • **인슐린**	코페이 $100 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $200 본인 부담금 $70 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
5단계: 전문 약품 군 • **인슐린**	비용의 33% 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	5군에서는 100일 공급분이 제공되지 않습니다
6군: 셀렉트 케어 약품 (인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
재난적 의료비 보장 (귀하 또는 귀하를 대신해 다른 사람들이 $2,400를 지불한 후)	이 단계에서는, 보험사에서 귀하가 보장받는 파트 D 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다.	
인슐린 비용에 대한 중요 안내문	소매 약국의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품에 대해 귀하가 지불하는 비용은 1개월 분은 $35, 3개월 분은 $105를 넘지 않습니다. 5군에서는 인슐린 1개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $35를 넘지 않습니다. 우편 주문의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품의 3개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $70를 넘지 않습니다. 5군 인슐린의 장기 공급은 소매 약국 또는 우편 주문을 통해 제공되지 않습니다.	

파트 D 처방약 보장	
플랜 세부 정보	**CHAMPION ALLY**
백신 비용에 대한 중요 안내문	당사 플랜에서는 대부분의 파트 D 백신을 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.
메디케어의 추가 지원(Extra Help)	메디케어와 사회보장국(Social Security)에는 추가 지원(Extra Help)이라는 프로그램이 있으며, 이는 소득과 재산이 제한된 분들이 약값을 지불하는 데 도움을 드립니다. 귀하가 자격이 되는 경우, 메디케어 약 플랜의 월 보험료, 연간 디덕터블 및 코페이를 지원받게 됩니다. 추가 지원(Extra Help)으로 지원받은 금액은 귀하의 본인 부담금 계산에도 포함됩니다.

*추가 혜택*을 위한 리소스

일반 메디케어(Original Medicare) 그 이상

건강식품 / 일반 의약품 / 공과금
케어 관리 프로그램에 참여하시면 건강식품 배달 서비스를 이용하실 수 있습니다. 또한 일반 의약품 카탈로그에 있는 제품 및 공과금 중에서 선택하실 수 있습니다.

24시간 연중무휴 간호사 상담
낮이든 밤이든 언제든지 등록된 간호사에게 전화하십시오. Carenet 간호사들은 24시간 연중무휴 건강 관련 질문에 답변하고, 증상에 대해 논의하며, 귀하가 자신감을 가지고 결정을 내릴 수 있도록 도와드립니다.

교통편
귀하의 교통편 혜택을 최대한 활용하는 방법을 알아보십시오.

안과
EyeMed를 통해 검사 및 안경을 포함해 정기적인 안과 관리를 받으십시오.

치과
Delta Dental을 통한 보장으로 건강한 치아를 유지하십시오.

청력
대부분의 플랜은 TruHearing을 통해 청력 검사와 보청기를 제공합니다.

개인 알림
개인 응급 대응 시스템은 버튼 하나만 누르면 도움을 제공합니다.

침술 및 카이로프랙틱
전반적인 웰니스 증진을 위해 많은 플랜에는 American Specialty Health를 통한 침술 및 카이로프랙틱 치료 이용이 포함되어 있습니다.

피트니스
Silver&Fit 프로그램을 통해 대부분의 플랜에서 제공하는 피트니스 회원권 및 수업 비용 환급 혜택으로 활동적인 생활을 유지하십시오.

임시 간호
일부 플랜에서는 The Helper Bees를 통해 임시 돌봄 서비스를 제공하여 회원들이 가정에서 단기 지원 서비스를 받을 수 있도록 연계해 드립니다.

혜택은 플랜에 따라 다릅니다. 보장 범위에 대해 귀하의 보장 증명서를 확인하십시오.



이 페이지는 의도적으로 공백으로 두었습니다.

CHAMPION HEALTH PLAN

가입 전 체크리스트

가입을 결정하기 전에, 저희의 혜택과 규정을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 궁금한 사항이 있으시면 1-800-885-8000, TTY 711번으로 전화하셔서 고객 서비스 담당자와 상담하실 수 있습니다.

혜택 이해하기

접기 - 잡기 - 뜯기

- ☐ 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC)는 모든 보장 내용과 서비스 목록을 제공합니다. 가입하기 전에 플랜 보장 범위, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. EOC 사본을 살펴보려면 championhmo.com/member/plan-documents 를 방문하거나 1-800-885-8000, TTY 711번으로 전화하십시오.
- ☐ 현재 귀하가 진료받는 의사들이 네트워크 내에 있는지 확인하기 위해 진료 제공자 목록을 검토하거나 귀하의 의사에게 문의하십시오. 그들이 목록에 없는 경우, 새로운 의사를 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- ☐ 귀하가 처방약을 구입하는 약국이 네트워크에 포함되어 있는지 확인하기 위해 약국 목록을 살펴보십시오. 해당 약국이 목록에 없으면 처방전을 받을 새로운 약국을 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- ☐ 복용 중인 약이 보장되는지 처방약 목록을 살펴보십시오.

중요 규칙 이해하기

- ☐ 월 플랜 보험료 외에도 귀하의 메디케어(Medicare) 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매달 귀하의 사회보장 수표에서 공제됩니다.
- ☐ 혜택, 보험료 및/또는 코페이먼트/공동 부담액은 2027년 1월 1일 자로 변경될 수 있습니다.
- ☐ 응급 상황이나 긴급한 경우를 제외하고, 저희는 네트워크 외 진료 제공자(진료 제공자 목록에 없는 의사)가 제공하는 서비스는 보장하지 않습니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

- ☐ 새로운 메디케어(Medicare) 보험이 시작되면 현재 가입하신 의료 보험은 종료됩니다. 예를 들어, Tricare 또는 메디케어(Medicare) 플랜에 가입되어 있는 경우, 새로운 보험이 시작되면 해당 플랜의 혜택을 더 이상 받을 수 없습니다.

특별 필요 플랜(Special Needs Plans)에만 해당

- ☐ 이 플랜은 만성 질환 특별 필요 플랜(chronic condition special needs plan, C-SNP)입니다. 귀하의 가입 가능 여부는 자격 요건에 해당하는 특정 중증 또는 장애를 유발하는 만성 질환이 있는지 확인한 결과에 따라 결정됩니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

2027 가입 양식

접기 - 잡기 - 뜯기

이 양식은 누가 사용할 수 있습니까?

메디케어(Medicare) 가입자 중 메디케어 어드밴티지 플랜(Medicare Advantage Plan)에 가입하려는 분들.

플랜에 가입하려면 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 체류.
- 해당 플랜의 서비스 지역 내에 거주.

중요: 메디케어 어드밴티지 플랜(Medicare Advantage Plan)에 가입하려면 다음 두 가지 조건을 모두 충족해야 합니다.

- 메디케어(Medicare) 파트 A(병원 보험).
- 메디케어(Medicare) 파트 B(의료 보험).

이 양식은 언제 사용할 수 있습니까?

다음에 해당하는 경우 플랜에 가입하실 수 있습니다.

- 매년 10월 15일부터 12월 7일 사이(보장은 1월 1일부터 적용).
- 메디케어(Medicare)에 처음 가입한 후 3개월 이내.
- 플랜 가입 또는 변경이 허용되는 특정 상황.

플랜 가입이 가능한 시기에 대한 자세한 내용은 Medicare.gov 웹사이트를 방문하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- 귀하의 메디케어(Medicare) 번호(빨간색, 흰색, 파란색 메디케어(Medicare) 카드에 있는 번호).
- 영구 거주지 주소와 전화번호.

주: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 해당 항목을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지는 않습니다.

알림:

- 가을 정기 가입 기간(10월 15일 - 12월 7일) 동안 플랜 가입을 원하시는 경우, 플랜은 12월 7일까지 작성이 완료된 귀하의 신청서를 받아야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 보험료 청구서를 보내드릴 것입니다. 보험료를 은행 계좌에서 자동 이체하거나 매월 지급되는 사회보장급여(또는 철도퇴직위원회 연금)에서 자동 이체되도록 선택할 수 있습니다.

그 다음에는 어떻게 됩니까?

작성 및 서명하신 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

Champion Health Plan
5000 Airport Plaza Dr., Ste. 100

Long Beach, CA 90815-1273

가입 신청이 처리되면 담당자가 연락을 드릴 것입니다.

이 양식 작성에 대한 도움은 어떻게 받을 수 있습니까?

Champion Health Plan에 1-800-885-8000번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화할 수 있습니다.

또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 메디케어(Medicare)에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다.

스페인어: 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.

노숙 상태에 있는 분들

- 영구 거주지가 없지만 플랜에 가입하기를 원하시는 경우, 우체국 사서함(PO Box), 쉼터나 진료소 주소 또는 우편물(예: 사회보장 수표)을 받는 주소를 영구 거주지로 고려할 수 있습니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

1995년 서류 작업 감축법에 따르면, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않은 정보 수집에 대해 누구도 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 기존 데이터 자료를 검토하고, 필요한 데이터를 수집하며, 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 필요한 시간. 소요 시간 추정치의 정확성에 관한 의견이나 이 양식의 개선을 위한 제안 사항이 있으시면 다음 주소로 보내 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

이 양식 또는 개인 정보가 포함된 서류(클레임, 지불, 의료 기록 등)를 PRA 보고서 승인 사무소(Reports Clearance Office)로 보내지 마십시오. 이 양식의 개선 또는 정보 수집 부담(OMB 0938-1378에 명시됨)에 관한 내용이 아닌 모든 자료는 폐기됩니다. 해당 자료는 보관 또는 검토되지 않으며 플랜으로 전달되지 않습니다. 작성하신 양식을 플랜에 제출하시려면 이 페이지의 "그 다음에는 어떻게 됩니까?"를 참조하십시오.

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

섹션 1 – 이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항입니다(선택 사항으로 표시된 경우 제외)

가입하고 싶은 플랜을 선택하십시오.

- ☐ **Champion Ally (HMO) 007 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion AnWell (HMO) 018 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Care (HMO C-SNP) 008 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009 월 보험료 $2.60**
- ☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010 월 보험료 $7.30**
- ☐ **Champion Compass (HMO C-SNP) 015 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Home (HMO C-SNP) 016 월 보험료 $0**
- ☐ **Champion Secure (HMO C-SNP) 017 월 보험료 $0**

접기 - 잡기 - 뜯기

이름 | **성** | **중간 이름 이니셜 (선택 사항)**

생년월일(월/일/년도) | **성별** ☐ **남성** ☐ **여성**

전화 번호 | **휴대전화 번호(선택 사항)**

☐ 전화번호를 제공함으로써 귀하는 혜택 정보, 진료 조정 및 건강보험 서비스 등 의료 관련 목적으로 Champion Health Plan으로부터 전화 및/또는 문자 메시지를 수신하는 데 동의하게 됩니다. 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. 언제든지 'STOP'이라고 답장하여 수신을 거부할 수 있습니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

영구 거주지 주소
(PO Box 주소는 입력하지 마십시오. 주: 노숙 상태인 경우, PO Box가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.)

시 | **카운티(선택 사항)** | **주** | **우편 번호**

영구 거주지 주소와 다른 경우 우편 주소(PO Box 사용 가능)

도로명 주소 | **시** | **주** | **우편 번호**

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN

귀하의 메디케어(Medicare) 정보

메디케어(Medicare) 번호:
__ __ __ __ – __ __ __ – __ __ __ __

메디케이드(Medicaid) 번호:
__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

파트 A 발효일(월/일/년도): __ __ / __ __ / __ __ __ __

파트 B 발효일(월/일/년도): __ __ / __ __ / __ __ __ __

(이 정보는 귀하의 메디케어(Medicare) 카드에 있습니다)

접기 - 잡기 - 뜯기

다음 중요한 질문에 답하십시오.

1) Champion Health Plan 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 받을 계획이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

기타 보장의 이름

본 보장의 회원 번호

이 보장의 그룹 번호

다음 항목은 C-SNP 플랜을 선택하는 경우에만 작성하십시오.

위에 나열된 일부 플랜에 가입하려면 특정 만성 질환이 있어야 합니다.

1) 투석 서비스가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

투석 센터 이름

투석 센터 주소

전화 번호

접기 - 잡기 - 뜯기

2) 다음 만성 질환 중 진단받은 질환이 있으십니까 (해당되는 모든 항목 선택)?

- ☐ 양극성 장애
- ☐ 심장 부정맥
- ☐ 심혈관 질환
- ☐ 만성 심부전(CHF)
- ☐ 만성 신장 질환(CKD)
- ☐ 울혈성 심부전
- ☐ 관상동맥질환(CAD)
- ☐ 당뇨병
- ☐ 말기 신부전(ESRD)
- ☐ 주요 우울증
- ☐ 편집증 장애
- ☐ 조현정동장애
- ☐ 정신 분열증

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN

중요: 아래 내용을 읽고 서명하십시오

- 본인은 Champion Health Plan을 유지하기 위해 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 모두 유지해야 합니다.
- 본 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage)에 가입함으로써, 본인은 Champion Health Plan이 본인의 정보를 메디케어(Medicare)와 공유하는 것에 동의하며, 메디케어(Medicare)는 해당 정보를 본인의 가입 현황 추적, 보험금 지급 및 연방법에 따라 정보 수집이 허용된 기타 목적(아래 개인정보보호법 고지 참조)에 사용할 수 있습니다. 이 설문지에 대한 답변은 자발적입니다. 하지만 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜 가입이 자동으로 종료된다는 것을 이해합니다(MA PFFS 및 MA MSA 플랜은 예외).
- 본인은 Champion Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Champion Health Plan에서 받아야 한다는 것을 이해합니다. Champion Health Plan에서 제공하고, 본인의 Champion Health Plan "보장 증명서" 문서(회원 계약서 또는 가입자 계약서라고도 함)에 명시된 혜택 및 서비스는 보장됩니다. 메디케어(Medicare) 및 Champion Health Plan 모두 보장되지 않는 혜택 또는 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본 양식에 고의로 허위 정보를 기재할 경우, 가입이 취소될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 서명하는 것(또는 본인을 법적으로 대리할 권한을 가진 사람의 서명)은 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. (위에 설명된 바와 같이) 위임 대리인이 서명한 경우, 이 서명은 다음 사항을 증명합니다.

1. 이 사람은 주법에 따라 이 가입 절차를 완료할 권한을 부여받았습니다.
2. 이 권한에 대한 증빙 서류는 메디케어(Medicare)에서 요청 시 제공 가능합니다.

가입자 서명 | **오늘 날짜**

귀하가 위임 대리인인 경우, 위에 서명하고 다음 항목을 작성하십시오.

이름 | **주소**

전화 번호 | **가입자와의 관계**

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN

섹션 2 – 이 섹션의 모든 항목은 선택 사항입니다

이 질문들에 답할지는 귀하의 선택입니다. 서류를 작성하지 않았다는 이유로 보장이 거부될 수는 없습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 정보를 받아보시려면 하나를 선택하십시오.

☐ 스페인어

접기 - 잡기 - 뜯기

이용 가능한 형식으로 정보를 받아보시려면 하나를 선택하십시오.

☐ 점자 ☐ 대형 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

위에 제시된 형식 외에 다른 이용 가능한 형식으로 정보가 필요하시면 Champion Health Plan에 1-800-885-8000 번으로 문의해 주십시오. 저희 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화할 수 있습니다.

직장이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 **귀하의 배우자는 직장이 있습니까?** ☐ 예 ☐ 아니요

다음 자료들을 이메일로 받고 싶습니다. 하나 이상을 선택하십시오.

☐ 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC) ☐ 진료 제공자/약국 목록 ☐ 처방약 목록

이메일 주소: _____

귀하의 주치의(Primary Care Physician, PCP), 진료소 또는 건강 센터를 기재해주십시오.

Champion Advantage 001 또는 Champion Connect 002를 신청하시는 분들은 신장 전문의 주치의를 기재해 주십시오. Champion Plus 010을 신청하시는 분들은 정신과 주치의를 기재해 주십시오.

접기 - 잡기 - 뜯기

접기 - 잡기 - 뜯기

CHAMPION HEALTH PLAN

플랜 보험료 납부하기

월 플랜 보험료(현재 부과되고 있거나 향후 납부해야 할 가입 지연 벌금 포함)는 매달 우편, 전자 자금 이체 (Electronic Funds Transfer, EFT) 또는 신용카드로 납부하실 수 있습니다.

또한 보험료를 매달 사회보장급여 또는 철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board , RRB) 연금에서 자동이체하는 방식으로 납부하는 것을 선택하실 수 있습니다. 파트 D 소득 관련 월 조정 금액(Part D-IRMAA)이 있는 경우, 귀하의 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 납부해야 합니다. Champion Health Plan에 파트 D-IRMAA를 지불하지 마십시오.

접기 - 잡기 - 뜯기

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주신 분들만 해당

개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제3자)으로서 가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 경우, 이 섹션을 작성하십시오.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____

국가 보험 설계사 번호(에이전트/브로커만 해당): _____

(가입에 도움을 준 경우) 직원/브로커 이름: _____

플랜 ID#: _____ 보장 효력 발생일: _____

AEP: _____ ICEP: _____ SEP(유형): _____ 에이전트가 접수한 날짜: _____

공인 영업 에이전트 서명(필수): _____

에이전트는 작성이 완료된 가입 신청서 및 관련 서류를 **1-949-850-2552**번을 통해 팩스로 보낼 수 있습니다.

플랜 소개 방법

이 가입 신청서에 플랜 옵션을 검토한 방식이 정확하게 반영되도록 주로 사용한 방법을 선택해 주십시오.

- ☐ 대면 회의
- ☐ 전화 통화
- ☐ 영상 통화(예: 원격 의료 플랫폼, 화상 회의)
- ☐ 독립적으로 검토한 우편/서면 자료
- ☐ 온라인/디지털 직접 가입 (에이전트 도움 없음)
- ☐ 기타: _____

소개/상담 날짜: _____

접기 - 잡기 - 뜯기

개인정보보호법 고지사항: 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage, MA) 플랜 수혜자 가입 현황을 추적하고, 관리 서비스를 개선하며, 메디케어(Medicare) 혜택을 지급하기 위해 메디케어(Medicare) 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법(Social Security Act) 섹션 1851과 42 CFR §§ 422.50 및 422.60은 이러한 정보의 수집을 허가합니다. CMS는 기록 시스템 고지(System of Records Notice, SORN) "메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage) 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 메디케어(Medicare) 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 설문지에 대한 답변은 자발적입니다. 하지만 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

접기 - 잡기 - 뜯기

향후 진행 사항

Champion Health Plan 가입 신청서를 제출하셨습니다. 이제 어떻게 진행됩니까?

가입 신청서 접수
귀하의 가입 신청은 전화, 우편, 팩스, 에이전트 또는 인터넷을 통해 Champion Health Plan으로 전달됩니다. 귀하의 신청서는 즉시 처리될 예정입니다.

해외 등록 확인(Outbound Enrollment Verification, OEV) 서신
이 서신은 귀하의 플랜 가입을 확인하기 위함입니다. 여기에는 귀하의 회원 ID 번호 및 파트 D 처방전 정보 등이 포함되어 있습니다.

Champion Health Plan 회원 ID 카드
Champion Health Plan 회원 ID는 우편으로 발송될 예정입니다. 이 카드를 손이 닿기 쉬운 곳에 두십시오! 의사, 약국 또는 병원을 방문할 때 필요할 것입니다. 치과 플랜 카드는 별도로 발송됩니다.

환영 패킷
Champion Health Plan 보장을 최대한 활용하는 방법에 대한 중요한 정보가 담긴 패키지를 받게 될 것입니다.

환영 전화 또는 방문
담당자가 전화해 귀하의 환영 패킷을 살펴볼 시간을 정할 것입니다.

메디케어(Medicare) 비용 지원
귀하는 연방 정부의 재정 지원 프로그램인 "추가 지원(Extra Help)"을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 소득이 낮지 않더라도 자격 요건을 충족하는 사람들이 많습니다. 귀하의 약품 비용에 대한 이 재정 지원을 신청하려면 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778번으로 사회보장국(Social Security)에 전화하거나 SSA.gov에서 온라인으로 신청하십시오.

비차별 통지서

Champion Health Plans-USA(Champion)와 그 자회사인 Champion Health Plan of California, Inc., Renal Payer Solutions Inc., Champion Payer Solutions, LLC. 는 모두 해당 연방 민권법을 준수합니다. Champion Health Plan은 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성 정체성, 성적 지향 또는 종교를 이유로 개인을 배제하거나, 혜택을 거부하거나, 차별하지 않습니다.

Champion Health Plan은 장애가 있는 분들이 건강보험과 효과적으로 소통할 수 있도록 무료 보조 도구와 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스에는 자격을 갖춘 수화 통역사 및 다양한 형식으로 된 서면 정보를 포함합니다. 여기에는 대형 활자, 오디오, 이용 가능한 전자 형식 등이 있지만 이에 국한되지 않습니다.

Champion Health Plan은 영어가 모국어가 아닌 분들을 위해 자격을 갖춘 통역사 및 다른 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하거나 Champion Health Plan이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성 정체성을 이유로 어떤 방식으로든 차별했다고 생각하시는 경우, **Champion Health Plan 회원 서비스**로 문의하십시오.

전화:	**1-800-885-8000번으로 전화하십시오**
TTY:	“711”로 전화하십시오
미국 우편:	**Champion Health Plan Grievance Department** PO Box 15337 Long Beach, CA 90815-9995

고충사항은 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 접수할 수 있습니다. 고충사항 또는 이의신청에 도움이 필요하시면 Champion Health Plan 회원 서비스에서 도와드리겠습니다.

또한 민권국(Office for Civil Rights) 불만사항 포털인 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 를 통해 민권 불만사항을 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 민권국에 전자적으로 제출하실 수 있습니다. 불만사항 접수 양식은 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용하실 수 있습니다.

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

다국어
통역 서비스

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 لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى 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 कसिी भी प्रश्न के जवाब देने के लएि हमारे पास मुफ्त दुभाषयिा सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषयिा प्राप्त करने के लएि, बस हमें 1-800-885-8000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हन्दिी 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┌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。

주

CHAMPION
HEALTH PLAN

문의 사항이 있으시면 무료 전화로 전화하십시오

1-800-885-8000, TTY 711

4월 1일 - 9월 30일: 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 8시
10월 1일 - 3월 31일: 월요일 - 일요일, 오전 8시 - 오후 8시

championhmo.com

CHAMPION
HEALTH PLAN

48789134CA2027KOR