CHAMPION HEALTH PLAN

2027
年投保手冊
California

以您需求
為優先的護理



Champion Ally (HMO)

Champion Ally
(HMO MAPD) H6170-007

California
Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、
San Bernardino 及 San Diego 縣

CHAMPION HEALTH PLAN

適合*您*的計劃！

Champion Ally (MAPD - HMO)

對於不符合慢性病特殊需求計劃 (Chronic Condition Special Needs plan, C-SNP) 資格的聯邦醫療保險受益人來說，這個計劃是很好的選擇。此計劃不僅能降低處方配藥費用，還增加額外的服務和福利。

H6170_2027rightforyouCA_C

CHAMPION HEALTH PLAN

銷售會談範圍確認表

Medicare 與 Medicaid 服務中心規定，持照銷售代理人在與任何個人進行行銷會談之前，必須先記錄會談的範圍，以確保代理人與 Medicare 受益人（或其授權代表）雙方都瞭解此次會談的討論內容。本表所提供的所有資訊均屬機密，應由每位 Medicare 受益人或其授權代表填寫。

請在下方您希望代理人與您討論的產品類型旁簽寫姓名縮寫。
Medicare Advantage Plans (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP)：

這些 Medicare Advantage Plan 提供 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利，且所有計畫均包含 Medicare D 部分處方藥承保 (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD)。部分計畫是為有特定需求的人士所設計，例如患有慢性疾病的人士（慢性疾病特殊需求計畫 [Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP]）。

_____**Medicare Advantage HMO（健康維護組織）：**除緊急情況外，您必須使用計畫網絡內的醫生、醫院及其他醫療服務提供者。您必須選擇一位基本保健醫生，且您可能需要取得轉診，才能接受專科醫生看診。

_____**Medicare Advantage 服務點 (Point of Service, POS) 計畫 (HMO-POS)：**這些計畫結合了 HMO 計畫的特色，並提供部分網絡外承保。您可以選擇網絡內的基本保健醫生，也可以針對特定服務及承保項目接受網絡外醫療服務提供者看診。接受網絡外醫療服務提供者看診時，您可能需要支付不同的分攤費用。部分 C-SNP 也包括 POS 選項，讓會員可以使用網絡外醫療服務提供者。此選項僅適用於與其慢性腎臟病 (Chronic Kidney Disease, CKD)／末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) C-SNP 相關的 Champion HMO-POS 計畫。

_____**慢性疾病特殊需求計畫 (HMO C-SNP)：**這些計畫是為患有特定慢性疾病的人士所設計，例如包括末期腎臟病 (ESRD) 在內的慢性腎臟病 (CKD)、糖尿病或心臟疾、慢性心臟衰竭 (Chronic Heart Failure, CHF)、冠狀動脈疾病 (Coronary Artery Disease, CAD) 或心律不整，或像是思覺失調症、分裂情感性障礙、躁鬱症、重度憂鬱症或反覆發作的偏執型障礙及其他精神障礙等行為健康疾病。為了以最有效的方式滿足服務對象族群的特定需求，這些計畫會根據他們的需求規劃各項福利、選擇醫療服務提供者及制定藥物處方集。部分 C-SNP 也包括 POS 選項，讓會員可以使用網絡外醫療服務提供者。接受網絡外醫療服務提供者看診時，您可能需要支付不同的分攤費用。

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

銷售面談範圍確認表(續)

簽署本表格即表示您同意與持照銷售代理人會面,以討論您在上方簽寫姓名縮寫的產品類型。請注意,與您討論這些產品的人員是由 Medicare 計畫雇用或約聘的人員。他們並非直接為聯邦政府工作。該人員可能還會因為您投保某項計畫而獲得報酬。

簽署本表格不表示您有義務投保某項計畫,也不會影響您目前的投保狀況,或使您投保某項 Medicare 計畫。

摺疊—按住—撕下

受益人或授權代表簽名和簽名日期:	
簽名:	簽名日期:
如果您是授權代表,請在上方簽名並使用正楷填寫以下資訊:	
代表姓名:	
與受益人的關係:	

由代理人填寫:

代理人姓名:	代理人全國保險經紀人號碼 (Natioinal Producer Number, NPN):
代理人電話號碼:	代理人電子郵件:
受益人姓名:	受益人電話:
受益人地址:(選填)	
最初聯絡方式: (如客戶未預約前來,請在此註明)	
代理人簽名:	完成會談的日期:

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN



福利摘要

Champion Ally (HMO) H6170-007

Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、San Bernardino 及 San Diego 縣

2027 年福利摘要

Champion Health Plan

2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日

Champion Health Plan 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO、HMO C-SNP 和 HMO-POS C-SNP。投保 Champion Health Plan 需視合約續約情況而定。

本文件所提供的福利資訊概述了我們的承保範圍以及您預計需支付的費用。本文件並未列出我們承保的所有服務，也未列出所有限制或除外項目。如需查看我們承保服務的完整清單，請瀏覽 championhmo.com 網站上的《承保內容證明》手冊。

如欲加入 **Champion Ally (HMO)**，您必須有權享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，並居住在我們的服務區域。我們的服務區域包括加州的以下各縣：Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、San Bernardino 及 San Diego。

除緊急情況外，如果您使用不屬於我們網路的醫療服務提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

如需瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查閱最新的《Medicare & You》手冊。請瀏覽 medicare.gov 在線上查看，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (包括某些聯邦假日)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
本文件有其他格式可供索取，例如盲文版、大字版或語音版。

如需瞭解更多資訊，請致電我們的免費電話 1-800-885-8000。從 10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，我們的服務時間為每週 7 天，太平洋時間 (Pacific Time, PT) 上午 8 時至晚上 8 時。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，我們的服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時 (PT)。您也可以瀏覽我們的網站 championhmo.com。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
月保費	$0
年度計畫自付額	無自付額
年度自付上限 (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$499

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
住院服務*	每次住院 $0
門診醫院及門診手術中心 (Ambulatory Surgery Center, ASC)*	門診醫院服務需共付額 $100 在門診手術中心進行手術共付額 $0 門診醫院觀察服務共付額 $0
基本保健服務提供者	共付額 $0
專科醫生*	共付額 $0 除腎臟科外，所有服務可能均需要獲得授權。
預防服務 （屬於 Medicare 承保範圍的篩檢）	共付額 $0
急診護理 （醫院急診部） **全球急診護理**	共付額 $150 如因相關健康問題在 24 小時內住院，則免除共付額。 共付額 $0，全球福利以 $100,000 為上限，計畫可提供的補償不得超過 Medicare 當地費率的 60%。與全球緊急需求護理合併計算。
緊急護理服務 (非醫院緊急護理中心) **全球緊急需求護理**	共付額 $0 共付額 $0，全球福利以 $100,000 為上限，計畫可提供的補償不得超過 Medicare 當地費率的 60%。與全球急診護理合併計算。
診斷服務／化驗／造影* • 診斷檢測和程序 • X 光檢查 • 化驗服務 • 放射診斷服務 (例如核磁共振造影 [Magnetic Resonance Imaging, MRI]、電腦斷層 [Computed Tomography, CT] 掃描) • 放射治療服務 (例如癌症放射治療)	共付額 $0 診斷檢測和程序以及化驗服務可能需要獲得授權和轉診。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
聽力服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的服務 • 例行聽力檢查和助聽器配驗／評估 • 助聽器	每年提供一次屬於 Medicare 承保範圍的服務，共付額 $0 每年一次例行檢查和一次助聽器配驗／評估，共付額 $0 TruHearing Advanced 助聽器每個 (所有型號) 共付額 $149，每 (3) 年最多 (2) 個助聽器。
牙科服務* • 屬於 Medicare 承保範圍的牙科服務 • 預防性牙科服務 (檢查、洗牙、氟化物治療、X 光檢查、其他牙科服務) • 綜合牙科服務 (牙齒修復、牙周病、牙髓病、假牙贋復、手術)	預防性牙科服務和屬於 Medicare 承保範圍的牙科服務共付額 $0 綜合牙科服務需支付費用的 20% 至 40%。可能有一些限制。 預防性牙科服務和綜合牙科服務合計每年福利承保限額為 $3,000
視力服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的眼睛檢查 • 屬於 Medicare 承保範圍的鏡框和鏡片或隱形眼鏡 • 例行眼睛檢查 • 例行鏡框和鏡片，或隱形眼鏡	為了診斷和治療眼睛疾病和病症且屬於 Medicare 承保範圍的檢查共付額 $0 (包括年度青光眼篩檢) 白內障手術後，屬於 Medicare 承保範圍的 (1) 副眼鏡用品 (眼鏡或隱形眼鏡) 共付額 $0 每年 (1) 次例行眼睛檢查共付額 $0，每年最多 (1) 次屈光檢查 每年 $350 眼鏡 (例行鏡片和鏡框) 及升級補貼
心理健康住院*	第 1-5 天，共付額 $100 第 6-90 天，共付額 $0
心理健康門診* （屬於 Medicare 承保範圍的個人和團體諮詢)	共付額 $0
專業護理機構*	第 1-20 天，共付額 $0 第 21-100 天，每天 $221
門診復健* • 物理治療 • 言語治療 • 職能治療	共付額 $0

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
救護服務*	屬於 Medicare 承保範圍的空中救護服務，需支付費用的 20% 屬於 Medicare 承保範圍的地面救護服務，需支付 $0 或 $125 的費用 最低分攤費用適用於非急診空中和地面救護運輸服務。
交通運輸服務	共付額 $0 48 趟單程前往計畫核准的健康相關地點。每趟行程里程數上限為 25 英里。
Medicare B 部分藥物*	費用的 0% 至 20% 30 天藥量的胰島素，共付額 $0 至 $35。
透析	費用的 20%
耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)*	DME、義肢及醫療用品：$100 以下的用品 $0 超過 $100 的用品需支付費用的 20%
非處方用品／健康食品／水電瓦斯費福利	每季 $225 補貼。 每季補貼一次，可用於購買健康食品和農產品、非處方用品和／或用於水電瓦斯費補助，共付額 $0。上述部分福利屬於慢性病特殊補充福利計畫的一部分。並非所有會員都符合資格。符合資格的疾病包括糖尿病、心血管疾病、中風、體重過重、肥胖症、代謝症候群和癌症。這並非合格疾病的完整清單。請參閱《承保內容證明》第 4 章第 2 節「醫療福利表」中的「慢性病特殊補充福利」，以獲取更多資訊瞭解相關資格及合格疾病的完整清單。第一季度未使用的資金將轉結到第二季度，但不能轉結到後續季度。此未使用資金的逐季轉結安排適用於該年度剩餘的季度。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
針灸 • 屬於 Medicare 承保範圍的針灸 • 例行針灸	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 每年最多 50 次例行就診，共付額 $0（與例行脊椎矯正服務合併計算）
脊椎矯正服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的脊椎矯正護理 • 例行脊椎矯正護理	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 每年最多 50 次例行就診，共付額 $0（與例行針灸合併計算）
Silver&Fit 健身福利	共付額 $0，每月可獲得最多 $35 的健身房會員資格或健身課程費用補償
足科服務 （僅限屬於 Medicare 承保範圍的服務）*	共付額 $0
安寧護理	屬於 Original Medicare 的承保範圍
喘息服務 （照顧者支援）	共付額 $0，由 Helper Bees 為會員的照顧者提供的支援，最多十二 (12) 次 4 小時的服務
個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS)	共付額 $0
年度身體檢查	一 (1) 次年度檢查共付額 $0
居家和浴室安全裝置及改裝	提供淋浴椅共付額 $0
健康教育	共付額 $0

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

D 部分處方藥承保		
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**	
D 部分自付額	沒有自付額	沒有自付額
	簽約零售藥房	**郵購**
初始承保	最多 30 天藥量	100 天藥量
層級 1：首選學名藥 （包括胰島素）	共付額 $0	共付額 $0
層級 2：學名藥 • **胰島素**	共付額 $5 共付額 $5 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $10 共付額 $10 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 3：首選品牌藥 • **胰島素**	共付額 $47 共付額 $35 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $94 共付額 $70 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 4：非首選品牌藥 • **胰島素**	共付額 $100 共付額 $35 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $200 共付額 $70 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 5：專科層級 • **胰島素**	費用的 33% 共付額 $35 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	層級 5 不提供 100 天藥量
層級 6：特選護理藥物 （包括胰島素）	共付額 $0	共付額 $0
重大傷病承保 （在您或其他人代您支付 $2,400 後）	在此階段期間，計畫會為您的 D 部分承保藥物支付全額費用。	
與您需為胰島素支付之費用有關的重要訊息	在零售藥房據點，您為屬於本計畫層級 2、3 及 4 承保範圍的各項胰島素產品一個月藥量支付的費用將不會超過 $35，三個月藥量將不會超過 $105。您為層級 5 胰島素一個月藥量支付的費用將不會超過 $35。若為郵購，您為屬於本計畫層級 2、3 及 4 承保範圍的各項胰島素產品三個月藥量支付的費用將不會超過 $70。層級 5 胰島素的長期藥量不透過零售藥房或郵購提供。	

D 部分處方藥承保	
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**
與您需為疫苗支付之費用有關的重要訊息	本計畫為您免費承保大多數 D 部分疫苗。 請致電會員服務部以瞭解更多資訊。
Medicare 額外補助	Medicare 和社會安全局提供一項名為「額外補助（Extra Help）」的計畫，旨在協助收入和資源有限的人士支付藥物費用。若您符合資格，該計畫將幫助您支付 Medicare 藥物計畫的每月保費、年度自付額以及共付額。此外，「額外補助」的金額也會計入您的自付費用中。

*額外福利*資源

超越傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)

健康食物 / 非處方用品 / 實用工具
您參加護理管理方案即符合資格享有健康食物遞送服務。您也可以從非處方產品目錄中選擇產品和實用工具。

全天候護士諮詢專線
無論白天或晚上，隨時都可致電註冊護士。Carenet 的護士每週 7 天、每天 24 小時為您解答健康疑問、討論症狀，並幫助您自信做出決定。

交通運輸
瞭解如何善用您的交通運輸福利。

視覺護理
透過 EyeMed 獲得包括檢查和眼鏡在內的例行視覺護理服務。

牙科護理
透過 Delta Dental 提供的承保讓您和您的牙齒保持健康。

聽覺護理
大多數計劃都提供透過 TruHearing 進行的聽覺檢查和助聽器服務。

個人警報器
只需按下個人緊急求救系統的按鈕即可在緊急情況下得到幫助。

針灸和脊椎按摩護理
許多計劃都包括透過 American Specialty Health 提供的針灸和脊椎按摩護理，幫助促進整體健康。

健身
大多數計劃都透過 Silver&Fit 方案提供健身房會籍和健身課程費用補償，讓您保持活力。

暫托服務
部份計劃透過 The Helper Bees 提供暫托護理，讓會員能在家取得短期支援服務。

不同計劃的福利各不相同。請查看您的承保證書瞭解承保範圍。



本頁特意留白

CHAMPION
HEALTH PLAN

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。

摺疊—按住—撕下

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。

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

OMB 編號 0938-1378
到期日期：2026 年 12 月 31 日

2027 年投保申請表

摺疊—按住—撕下

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。

摺疊—按住—撕下

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。

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

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：

摺疊—按住—撕下

- ☐ **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。

摺疊—按住—撕下

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**

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

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）

摺疊—按住—撕下

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

摺疊—按住—撕下

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
- ☐ 心律不整
- ☐ 心血管疾病
- ☐ 慢性心臟衰竭 (CHF)
- ☐ 慢性腎臟病 (CKD)
- ☐ 鬱血性心臟衰竭
- ☐ 冠狀動脈疾病 (CAD)
- ☐ 糖尿病
- ☐ 末期腎臟病 (ESRD)
- ☐ 重度憂鬱症
- ☐ 偏執型障礙
- ☐ 分裂情感性障礙
- ☐ 思覺失調症

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

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。

摺疊—按住—撕下

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

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

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

摺疊—按住—撕下

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：

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

CHAMPION HEALTH PLAN

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。

摺疊—按住—撕下

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：

摺疊—按住—撕下

☐ 當面會談

☐ 電話通話

☐ 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

☐ 線上／電子自助式投保（沒有代理人協助）

☐ 其他：_____

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。

摺疊—按住—撕下

摺疊—按住—撕下

*接下來的*流程

您已提交 Champion Health Plan 投保申請表 — 接下來的流程是什麼？

投保申請表已收到

您的投保資訊已透過電話、郵件、傳真、代理人或網路提交給 Champion Health Plan。我們將立即開始處理您的申請。

外寄投保確認 (OEV) 函

本信函旨在確認您已投保本計畫。本信函將包含您的會員 ID 號碼和 D 部分處方藥資訊。

您的 Champion Health Plan 會員 ID 卡

您將會透過郵件收到您的 Champion Health Plan 會員 ID 卡。請務必將該卡放在方便拿取的地方！您在前往醫生處、藥房或醫院時將需使用該卡。您的牙科計畫卡將另外寄送。

歡迎文件包

您將收到一份文件包，其中包含如何充分利用您 Champion Health Plan 承保的重要資訊。

歡迎電話或訪視

一名代表將會致電給您，安排時間與您一起檢視歡迎文件包中的資訊。

協助支付 Medicare 費用

您可能有資格獲得聯邦財務補助「額外補助」。許多人符合資格，即使他們並非低收入人士。如欲申請此項藥物費用的財務補助，請致電 1-800-772-1213、TTY 1-800-325-0778 與社會安全局聯絡，或透過 SSA.gov 在線上申請。

禁止歧視*通知*

Champion Health Plans-USA (簡稱 Champion) 及其子公司 (包括 Champion Health Plan of California, Inc.、Renal Payer Solutions Inc.、Champion Payer Solutions, LLC. 在內) 都遵守適用的聯邦民權法律。Champion Health Plan 不會基於或因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾、性別認同、性傾向或宗教信仰而排除個人、拒絕向其提供福利或對其區別對待。

Champion Health Plan 為殘疾人士提供免費的輔助工具和服務，幫助他們與健保計劃進行有效溝通。這類服務可能包括但不限於合格手語翻譯員，以及各種格式的書面訊息，例如：大字體、音訊、無障礙電子格式等。

Champion Health Plan 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如合格口譯員和以其他語言編寫的資訊。

如果您需要這些服務，或認為 Champion Health Plan 未提供這些服務，或基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別認同等原因而對您進行其他形式的歧視，請聯繫 **Champion Health Plan 會員服務部**：

透過電話：	**撥打 1-800-885-8000**
透過聽力語言殘障服務專線 (TTY)：	撥打「711」
透過美國郵政：	**Champion Health Plan Grievance Department** PO Box 15337 Long Beach, CA 90815-9995

您可以親自提出或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您需要協助提出投訴或上訴，Champion Health Plan 會員服務部可為您提供協助。

您也可以透過民權辦公室投訴入口網站 (網址為 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 以電子方式向美國健康及人類服務部民權辦公室提交民權投訴。投訴表格可在以下網址取得：http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

透過電話：	1-800-368-1019 (聽力語言殘障服務專線 (TTY)：1-800-537-7697)
透過郵寄：	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

多語言
口譯服務

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。

筆記

CHAMPION HEALTH PLAN

如有疑問，請撥打免付費電話

1-800-885-8000，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

4 月 1 日至 9 月 30 日：週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時

10 月 1 日至 3 月 31 日：週一至週日，上午 8 時至晚上 8 時

championhmo.com

CHAMPION
HEALTH PLAN

48789134CA2027CHI