CHAMPION HEALTH PLAN

2027
年投保手冊
Nevada

以您需求
為優先的護理



Champion Ally (HMO)

Champion Ally
(HMO MAPD) H6474-007

Nevada
Carson City、Churchill、Clark 及 Washoe 縣

CHAMPION HEALTH PLAN

適合您的計畫！

Champion Ally (MAPD-HMO)

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

H6474_2027rightforyouNV_C_CHT

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。

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

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。

折疊 - 按住 - 撕開

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:

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

CHAMPION
HEALTH PLAN



福利摘要

Champion Ally
(HMO) H6474-007

Carson City、Churchill、Clark 及 Washoe 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內華達州的以下各縣：Carson City、Churchill、Clark 及 Washoe 各縣。

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)	$999

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	每年提供一次屬於 Medicare 承保範圍的服務，共付額 $0
• 例行聽力檢查和助聽器配驗／評估	每年一次例行檢查和一次助聽器配驗／評估，共付額 $0
• 助聽器	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	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)
• 屬於 Medicare 承保範圍的鏡框和鏡片或隱形眼鏡	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
• 例行眼睛檢查	每年 (1) 次例行眼睛檢查共付額 $0，每年最多 (1) 次屈光檢查
• 例行鏡框和鏡片或隱形眼鏡	每年 $350 眼鏡 (例行鏡框和鏡片) 及升級補貼
心理健康住院*	第 1-10 天，共付額 $100 第 11-90 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

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
門診復健* • 物理治療 • 言語治療 • 職能治療	共付額 $0
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 $15。
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 $220 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、保健產品和／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患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「慢性病患特殊補充福利」，以獲取合格疾病的更多資訊。

*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 部分處方配藥承保		
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**	
D 部分自付額	無自付額	無自付額
	網絡零售藥房	**郵購**
初始承保	最多 30 天藥量	100 天藥量
第一層級：首選副廠藥 （包括胰島素在內）	共付額 $0	共付額 $0
第二層次：副廠藥 • **胰島素**	共付額 $5 共付額 $5 或費用的 25%，以較低者為準	共付額 $10 共付額 $10 或費用的 25%，以較低者為準
第三層次：首選原廠藥 • **胰島素**	共付額 $47 共付額 $35 或費用的 25%，以較低者為準	共付額 $94 共付額 $70 或費用的 25%，以較低者為準
第四層次：非首選原廠藥 • **胰島素**	共付額 $100 共付額 $35 或費用的 25%，以較低者為準	共付額 $200 共付額 $70 或費用的 25%，以較低者為準
第五層次：特殊藥物層次 • **胰島素**	費用的 33% 共付額 $35 或費用的 25%，以較低者為準	第五層次無法提供 100 天藥量
第六層次：特選護理藥物 （包括胰島素在內）	共付額 $0	共付額 $0
重額承保 （在您或您的代理人支付 $2,400 後）	在此階段中，計畫將支付您的 D 部分承保藥物的全部費用。	
關於您胰島素費用的重要訊息	在零售藥房地點，對於本計畫承保的第二、第三和第四層次胰島素產品，您為每一種產品一個月藥量支付的費用不超過 $35，三個月藥量不超過 $105。對於第五層次胰島素的一個月藥量，您支付的費用不超過 $35。如為郵購，對於本計畫承保的第二、第三和第四層次胰島素產品，您為每一種產品三個月藥量支付的費用不超過 $70。無法透過零售或郵購提供第五層次胰島素的長期藥量。	

D 部分處方配藥承保	
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**
關於您疫苗費用的重要訊息	本計畫承保大多數 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。 請致電會員服務部瞭解更多資訊。
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

投保前檢查清單

在決定是否投保前，請務必充分瞭解我們的福利和規定。如果您有任何疑問，您可以撥打 1-800-885-8000，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711 洽詢客戶服務代表。

折疊 - 按住 - 撕開

瞭解福利

- ☐ 《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC) 提供所有承保範圍和服務的完整清單。在您投保前，請務必仔細查看計畫承保範圍、費用和福利。請瀏覽 championhmo.com/member/plan-documents 或致電 1-800-885-8000 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711) 索取以檢閱《承保內容證明》(EOC)。
- ☐ 查看醫療護理提供者名冊 (或詢問您的醫生)，確保您就診的醫生目前在網絡中。如果醫生未列於其中，則表示您可能需要選擇一個新的醫生。
- ☐ 查看藥房名冊，確保您用來購買任何處方配藥的藥房在網絡中。如果藥房未列於其中，您可能需要選擇新的藥房來取得處方配藥。
- ☐ 查看處方藥一覽表，確保您的藥物屬於承保範圍。

瞭解重要規定

- ☐ 除了您的每月計畫保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。這筆保費通常會從您每月的社會安全福利金支票中扣除。
- ☐ 福利、保費和／或共付額／共同保險可能會在 2027 年 1 月 1 日變更。
- ☐ 除急診或緊急情況外，我們不承保網絡外醫療護理提供者 (未列入醫療護理提供者名冊的醫生) 提供的服務。
- ☐ 一旦您新的 Medicare 承保生效，您目前的健康護理承保便將終止。
  例如，如果您參加了軍人醫療保險計畫 (Tricare) 或 Medicare 計畫，一旦您的新承保生效，您將不再自該計畫取得福利。

折疊 - 按住 - 撕開

僅限特殊需求計畫

- ☐ 此計畫是慢性病特殊需求計畫 (chronic condition special needs plan, C-SNP)。您能否投保的依據是確認您有合格的特定嚴重或致殘慢性病況。

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

2027 投保申請表

誰可以使用此表格？

已參加 Medicare 並且希望加入 Medicare Advantage 計畫的人。

如要加入計畫，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居住。
- 居住在該計畫的服務區域內。

重要事項： 如要加入 Medicare Advantage 計畫，您也必須同時有：

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

我何時要使用此表格？

您可以加入計畫的情況：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（承保從 1 月 1 日開始）。
- 首次取得 Medicare 後 3 個月內。
- 您獲准可加入或轉換計畫的某些情況。

請瀏覽 Medicare.gov 更詳細瞭解您何時可以註冊參加計畫。

我填寫這份表格時需要哪些資料？

- 您的 Medicare 號碼（您紅、白、藍 Medicare 卡上的號碼）。
- 您的永久地址和電話號碼。

備註：您必須填寫第 1 部分的所有項目。
第 2 部分的項目為非必填項 — 您不會因為沒有填寫這些項目而被拒絕承保。

溫馨提示：

- 如果您想在秋季的開放投保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入計畫，則計畫必須在 12 月 7 日前收到填完整填寫的表格。
- 您的計畫會寄送該計畫的保費帳單給您。您可以選擇登記從您的銀行帳戶或每月社會安全（或鐵路退休委員會）福利金中扣除保費款項。

接下來呢？

請您將填妥並簽署的表格寄至：

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

一旦他們處理完您的加入申請，就會與您聯繫。

我如何才能獲得填寫此表格的協助？

致電 Champion Health Plan，
電話 1-800-885-8000。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可致電 711。

或者，致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可致電 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.

無家可歸者

- 如果您想加入計畫但沒有固定住所，則郵政 (Post Office, PO) 信箱、收容所或診所地址，或者您接收郵件（例如社會安全支票）的地址可以視為您的永久居住地址。

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

根據 1995 年《文書作業減量法案》，除非資訊收集顯示有效的管理預算局 (OMB) 管制編號，否則任何人均無需對此活動作出回應。本次資訊收集的有效管理預算局 (OMB) 管制編號為 0938-1378。完成此資訊預估每次回應平均 20 分鐘，包括檢閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和查看資訊收集的時間。如果您對時間估算的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，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

請勿將此表格或任何包含您個人資訊的資料（例如請款、付款、病歷醫等）發送至文書作業減量法案 (PRA) 報告核准辦公室。我們收到任何與如何改進此表格或其收集負擔（如管理預算局 (OMB) 0938-1378 中所述）無關的資料都將會銷毀。這些資料不會被保留、檢閱或轉發給計畫。請參閱本頁中「接下來呢？」，將您填妥的表格寄送給計畫。

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

第 1 部分 – 本頁所有欄位均為必填（除非指明為非必填）

請選擇您要加入的計畫：

- ☐ **Champion Ally (HMO) 007**
  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 $6.60
- ☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001**
  每月保費 $0
- ☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002**
  每月保費 $7.30
- ☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
  每月保費 $7.30

折疊 - 按住 - 撕開

名字 | **姓氏** | **中間名首字母（非必填）**

出生日期（月／日／年） | **性別** ☐ **男性** ☐ **女性**

電話號碼 | **手機號碼（非必填）**

☐ 您提供您的電話號碼，即表示您同意接收 Champion Health Plan 發送與您的健康護理（包括福利資訊、護理協調和健保計畫服務）相關的電話和／或簡訊。可能會產生簡訊和數據流量費用。您可以隨時回覆「STOP」（停止）以選擇退出。

折疊 - 按住 - 撕開

永久居住街道地址
（請勿填寫郵政信箱。備註：如果是無家可歸者，郵政信箱可被視為其永久居住地址。）

城市 | **縣（非必填）** | **州** | **郵遞區號**

郵寄地址（如與您的永久地址不同）（可接受郵政信箱）

街道地址 | **城市** | **州** | **郵遞區號**

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

CHAMPION HEALTH PLAN

您的 Medicare 資訊

Medicare 號碼：

__ __ __ __ __ – __ __ __ __ – __ __ __ __

Medicaid 號碼：

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

A 部分生效日期（月／日／年）：__ __ / __ __ / __ __ __ __

B 部分生效日期（月／日／年）：__ __ / __ __ / __ __ __ __

（此資訊位於您的 Medicare 卡上）

折疊 - 按住 - 撕開

請回答以下重要問題：

1) 除了 Champion Health Plan 以外，您是否還會其他處方配藥承保險（例如退伍軍人事務部 (VA)、軍人醫療保險計畫 (TRICARE)）嗎？ ☐ 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

只有當您選擇慢性特殊需求計畫 (C-SNP) 時才須填寫以下部分。

依規定，投保上述某些計畫的前提是您患有特定慢性病況。

1) 您是否需要接受透析服務？ ☐ 是 ☐ 否

透析中心名稱

透析中心地址

電話號碼

折疊 - 按住 - 撕開

2) 您是否已被診斷出患有以下任何一種慢性病況（請勾選所有適用項目）：

- ☐ 躁鬱症
- ☐ 心律不整
- ☐ 心血管疾病
- ☐ 慢性心臟衰竭 (Chronic Heart Failure, CHF)
- ☐ 慢性腎臟病 (Chronic Kidney Disease, CKD)
- ☐ 鬱血性心臟衰竭
- ☐ 冠狀動脈疾病 (Coronary Artery Disease, CAD)
- ☐ 糖尿病
- ☐ 末期腎病 (End Stage Renal Disease, ESRD)
- ☐ 重度憂鬱症
- ☐ 妄想症
- ☐ 分裂情感障礙
- ☐ 精神分裂症

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

CHAMPION HEALTH PLAN

重要事項：請閱讀以下內容並簽署

- 我必須同時保有醫院承保（A 部分）和醫療承保（B 部分）才能繼續留在 Champion Health Plan 中。
- 我加入此 Medicare Advantage，即表示我承認 Champion Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，且 Medicare 可能會使用這些資訊來追踪我的投保情況、進行付款以及用於授權可收集這類資訊之聯邦法律所允許的其他目的（請參閱下方的隱私法聲明）。您是自願在此表格作答。但是，不作答可能會影響您投保此計畫。
- 我瞭解我一次只能投保一個 MA 計畫 — 並且投保此計畫將自動終止我對的另一個 MA 計畫的投保（除非是申請 MA PFFS、MA MSA 計畫）。
- 我瞭解，當我的 Champion Health Plan 承保生效時，我必須從 Champion Health Plan 取得所有的醫療和處方配藥福利。Champion Health Plan 所提供以及我的 Champion Health Plan《承保內容證明》文件（也稱為會員合約或投保人協議）中所包含的的福利和服務都屬於承保範圍。Medicare 和 Champion Health Plan 都不會支付不屬於承保範圍的福利或服務費用。
- 竭盡我所知，此投保申請表中的信息正確無誤。我瞭解，如果我故意在此表格上提供虛假資訊，我將被會本計畫退保。
- 我瞭解，我（或經我合法授權可代表我行事的人）在本申請表上簽名即表示我已經閱讀並理解本申請表的內容。如由授權代表（如上所述）簽名，則此簽名證明：

1. 此人已按州法規定獲得授權可填寫此投保申請表，並且
2. 經 Medicare 要求時可提供此授權的證明文件。

折疊 - 按住 - 撕開

參保人簽名

今天的日期

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

與參保人的關係

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

CHAMPION HEALTH PLAN

第 2 部分 – 本部分所有欄位均非必填

是否回答這些問題由您自行決定。即使您不填寫此部分，也不會被拒絕承保。

如果您希望我們以英語以外的語言向您寄送訊息，請選擇一項。

☐ 西班牙語

折疊 - 按住 - 撕開

如果您希望我們以無障礙格式向您寄送訊息，請選擇一項。

☐ 盲人點字 ☐ 大字體印刷 ☐ 音訊光碟 (CD) ☐ 資料光碟 (CD)

如果您需要以上所列以外的其他無障礙格式的資訊，請聯繫 Champion Health Plan，電話 1-800-885-8000。我們辦公時間的服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可致電 711。

您有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否 **您的配偶有工作嗎？** ☐ 是 ☐ 否

我希望透過電子郵件收到以下資料。選擇一項或多項。

☐ 《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC) ☐ 醫療護理提供者／藥房名冊 ☐ 處方藥一覽表

電子郵件：_____

請列出您的主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)、診所或健康中心：

如為申請 Champion Advantage 001 或 Champion Connect 002 的申請人，請填寫您的腎臟科主診醫師。如為申請 Champion Plus 010 的申請人，請填寫您的精神科主診醫生：

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

CHAMPION HEALTH PLAN

支付您的計畫保費

您可以每月透過郵寄、電子資金轉帳 (Electronic Funds Transfer, EFT) 或信用卡支付您的每月計畫保費（包括您目前應付或可能欠付的任何逾期投保罰款）。

您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 福利金自動扣除您的保費。如果您必須支付 D 部分收入相關每月調整金額 (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA)，則除了您的計畫保費外，您還必須支付這筆額外金額。
切勿要向 Champion Health Plan 支付 D 部分收入相關每月調整金額 (Part D-IRMAA)。

折疊 - 按住 - 撕開

僅供協助參保人填寫此表格的個人使用

如果您是幫助參保人填寫此表格的個人（例如營業代表、經紀人、州政府健康保險協助方案 (SHIP) 顧問、家人或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：_____與參保人的關係：_____

簽名：_____

全國保險業務員號碼（限營業代表／經紀人）：_____

工作人員／經紀人姓名（如協助辦理投保）：_____

計畫編號：_____承保生效日期：_____

年度投保期 (AEP)：_____ 初始投保選擇期 (ICEP)：_____ 特殊投保期 (SEP)（類型）：_____
營業代表收到日期：_____

持照營業代表簽名（必填）：_____

營業代表可將填妥的投保申請表及相關文件傳真至 **1-949-850-2552**。

計畫解說方式
為確保此投保申請準確反映已審閱的計畫選項，請選擇使用的主要方式：

☐ 親自會面
☐ 打電話
☐ 視訊通話（例如，遠距保健平台、視訊會議）
☐ 獨立審閱郵寄／書面資料
☐ 網上／數位自行投保（無營業代表協助）
☐ 其他：_____

解說／討論日期：_____

折疊 - 按住 - 撕開

隱私法聲明：Medicare 和 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 從 Medicare 計畫收集信息，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計畫的受益人投保情形、改善護理，及支付 Medicare 福利。《社會安全法》第 1851 節和《聯邦法規彙編》第 42 章第 422.50 節和第 422.60 節授權收集此資訊。Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 可按紀錄系統通知 (System of Records Notice, SORN)「Medicare Advantage 處方配藥 (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)」系統編號 09-70-0588 的規定，使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料。您是自願在此表格作答。但是，不作答可能會影響您投保此計畫。

折疊 - 按住 - 撕開

折疊 - 按住 - 撕開

*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

48792735NV2027CHI