

Champion Advantage (HMO-POS CSNP) ofrecido por Renal Payer Solutions, Inc. (actuando bajo el nombre de Champion Health Plan)

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Champion Advantage (HMO C-SNP). *El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 4 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.*

Este documento le explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios, o reglas, revise la Evidencia de cobertura, la cual se puede encontrar en nuestro sitio web en www.championhmo.com. También puede llamar a Servicios para afiliados para pedir que le enviemos una Evidencia de cobertura..

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para determinar si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada de medicamentos o un límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare Parte D.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contratapa del manual Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2022).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Champion Advantage (HMO-POS CSNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Champion Advantage (HMO-POS CSNP).
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-885-8000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- La información está disponible en formatos alternativos, como Braille, letra grande y cintas de audio. Si necesita información del plan en un formato diferente, comuníquese con Servicios para Miembros al número proporcionado anteriormente.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Champion Advantage (HMO-POS CSNP)

- Champion Health Plan es un HMO-POS CSNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Champion Health Plan of California, Inc. (doing business as Champion Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Champion Advantage (HMO-POS CSNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 2 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Champion Advantage (HMO C-SNP) in 2025.....	7
SECCIÓN 3 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	8
SECCIÓN 3.1 – Cambios en la prima mensual.....	8
SECCIÓN 3.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
SECCIÓN 3.3 –Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	9
SECCIÓN 3.4 –Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos	9
SECCIÓN 3.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	18
SECCIÓN 4 Cambios administrativos	22
SECCIÓN 5 Decidir qué plan elegir.....	24
SECCIÓN 5.1 – Si desea permanecer en Champion Advantage (HMO C-SNP)	24
SECCIÓN 5.2 – Si quieres cambiar de plan.....	24
SECCIÓN 6 Fecha límite para cambiar de planes	25
SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	26
SECCIÓN 8 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	26
SECCIÓN 9 ¿Preguntas?	27
SECCIÓN 9.1 –Cómo obtener ayuda de Champion Advantage (HMO-POS CSNP).....	27
SECCIÓN 9.2 –Obtener ayuda de Medicare	28

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Champion Advantage (HMO-POS CSNP) en varias áreas importantes. **Por favor, tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan *</p> <p>* Su prima puede ser superior o más baja que este monto. Consulte la Sección 3.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos Parte A and Parte B. (Consulte la Sección 3.2 para obtener más información.)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$5,495.00</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red/POS:</p> <p>\$499.00</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Consultas de cuidado primario: \$0 por consulta</p> <p>Consultas al especialista: \$0 por consulta</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red/POS:</p> <p>Consultas de cuidado primario: \$0 por consulta</p> <p>Consultas al especialista: \$0 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por estadía</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por estadía</p> <p>Dentro de la red y fuera de la red/POS:</p> <p>No hay cobertura</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 3.5 para más información.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$8 Usted paga \$8 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.. • Nivel 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$100 Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Drug Tier 5: 33% Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 6 de medicamentos: \$0 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$3 Usted paga \$3 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.. • Nivel 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: \$100 Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Drug Tier 5: 33% Usted paga \$20 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel. • Nivel 6 de medicamentos: \$0 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D y excluidos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Parte D y excluidos cubiertos . Usted no paga nada.	cubiertos . Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando El Nombre Del Plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Champion Advantage (HMO CSNP) to Champion Advantage (HMO-POS CSNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro. Si no recibe su nueva tarjeta antes del 31 de diciembre de 2024, llame a nuestro número de Servicios para Miembros en la página 2 de este documento.

Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio aprobada por Medicare y administrada por una empresa privada. Punto de servicio significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan para obtener servicios de las Partes A y B cubiertos por Medicare, en la mayoría de los casos, al mismo costo compartido. Además, algunos de sus beneficios suplementarios (adicionales) que normalmente no están cubiertos por Medicare, pueden estar disponibles bajo nuestro beneficio POS. Consulte su Evidencia de Cobertura, Capítulo 4, Cuadro de Beneficios de la SECCIÓN 2 para conocer los servicios disponibles bajo el beneficio POS. Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para los servicios “fuera de la red/POS”.

Cuando utilice el beneficio de POS, asegúrese de que el proveedor fuera de la red acepte Medicare y MediCal antes de recibir servicios. Si su proveedor fuera de la red no está participando en el programa de Medicare, sus servicios no estarán cubiertos por Medicare ni por nuestro plan de salud.

SECCIÓN 2 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Champion Advantage (HMO C-SNP) in 2025

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Champion Advantage (HMO C-SNP) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2025 como miembro de Champion Advantage (HMO-POS CSNP).

Si no ha hecho nada antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en Champion Advantage (HMO-POS CSNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de Champion Advantage (HMO-POS CSNP). Si desea cambiar de plan o cambiar a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional,” quizás pueda cambiarse de plan en otro momento.

SECCIÓN 3 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

SECCIÓN 3.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare .)	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

SECCIÓN 3.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso directo.	\$5,495.00	\$499.00 Una vez que haya pagado \$499.00 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

SECCIÓN 3.3 –Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.championhmo.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 (www.championhmo.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2025 (www.championhmo.com) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

SECCIÓN 3.4 –Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Opción de punto de servicio (POS) cubierta por Medicare</p> <p>Los cambios en los costos compartidos se enumeran en este cuadro para los beneficios individuales con cambios, si corresponde.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación.</i></p>	<p>No hay cobertura</p>	<p>Estos servicios cubiertos por Medicare están disponibles bajo nuestra opción POS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) • Enemas de bario • Servicios de rehabilitación

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Opción de punto de servicio (POS) cubierta por Medicare (continuación)</p>		<p>cardíaca y pulmonar, incluido SET para PAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos • Capacitación en autocontrol de la diabetes • Suministros para diabéticos • Zapatos/plantillas terapéuticas para diabéticos • Procedimientos/Pruebas de Diagnóstico/Radiológico/Terapéutico • Servicios de diálisis • Exámenes rectales digitales • Equipo médico duradero (DME) • EKG después de la visita de bienvenida • Detección de glaucoma • Servicios de Ambulancia Terrestre y Aérea • Servicios de salud en el hogar • Sesiones individuales y grupales para servicios especializados en salud mental • Sesiones individuales y grupales para el abuso de sustancias para

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Opción de punto de servicio (POS) cubierta por Medicare (continuación)</p>		<p>pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos • Servicios de educación sobre enfermedades renales • Servicios de laboratorio • Suministros médicos • Servicios dentales de Medicare • Exámenes de la vista y anteojos de Medicare • Exámenes de audición de Medicare • Medicamentos de la Parte B de Medicare • Servicios preventivos de cero dólares cubiertos por Medicare • Servicios de terapia ocupacional • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Otro profesional de atención médica • Servicios de sangre para pacientes ambulatorios

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Opción de punto de servicio (POS) cubierta por Medicare (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y servicios de observación • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios • Hospitalización Parcial • Servicios de Fisioterapia y Patología del Habla y el Lenguaje • Servicios de médicos especialistas • Servicios de podología • Servicios de médico de atención primaria • Dispositivos protésicos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Beneficios suplementarios* (adicionales) no cubiertos por Medicare</p> <p>*Estos beneficios no cuentan para el monto máximo de desembolso directo (MOOP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los cambios en los costos compartidos se enumeran en este cuadro para los beneficios individuales con cambios, si corresponde.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa y/o una derivación.</i></p>	<p>No hay cobertura</p>	<p>Estos beneficios suplementarios (adicionales) están disponibles bajo nuestra opción POS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico anual • Educación para la salud • Servicios Dentales Preventivos e Integrales • Exámenes oculares de rutina y anteojos • Exámenes auditivos de rutina y adaptación/evaluación de audífonos • Apoyo a los cuidadores de afiliados • Servicios de transporte: ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.
<p>Servicios Dentales</p> <p>Servicios dentales preventivos integrales*</p> <p>*Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso directo (MOOP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Consulte el cuadro en la SECCIÓN 4 a continuación para obtener una descripción completa del nuevo tipo de plan de Champion Health Plan (HMO-POS CSNP).</p>	<p>Límite máximo de beneficio de \$3,000 para servicios preventivos e integrales combinados</p> <p>Dentro de la red: <u>Servicios preventivos</u> 0% coseguro</p> <p><u>Servicios integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20%-40% de coseguro por servicios restaurativos • 40% de coseguro para endodoncia • 40% de coseguro por periodoncia 	<p>Límite máximo de beneficio de \$3,000 para servicios preventivos e integrales combinados</p> <p>Dentro de la red: <u>Servicios preventivos</u> 0% coseguro</p> <p><u>Comprehensive services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por: <ul style="list-style-type: none"> o Restaurativo o Endodoncia o Cirugía Bucal • 40% de coseguro por: <ul style="list-style-type: none"> o Periodoncia

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><i>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para servicios dentales integrales tanto dentro como fuera de la red.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro para extracciones • 20%-40% de coseguro para prótesis <p>Fuera de la red: No disponible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Prótesis o Prótesis maxilofaciales <p>Fuera de la red/POS: Servicios preventivos 20% de coseguro</p> <p>Servicios integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30% de coseguro por: <ul style="list-style-type: none"> o Endodoncia o Cirugía Bucal • 50% de coseguro por: <ul style="list-style-type: none"> o Restaurativo o Periodoncia o Prótesis o Prótesis maxilofaciales
<p>Servicios médicos de emergencia Transporte de emergencia y atención de emergencia en todo el mundo*</p> <p>* Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso directo (MOOP, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Copago de \$100 por cada visita</p> <p>No se ofrece cobertura mundial.</p>	<p>Copago de \$140 por cada visita</p> <p>Copago de \$0 por atención de emergencia mundial y transporte de emergencia mundial.</p> <p>El plan cubre atención de emergencia y transporte de emergencia recibidos en todo el mundo hasta un límite máximo de beneficios de \$10,000 por año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficios incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Consulte los servicios necesarios con urgencia a continuación en este cuadro.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		(La atención de emergencia mundial y el transporte de emergencia se refieren a los servicios de atención de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios).
<p>Programa de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico*</p> <p>*Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso (MOOP por sus siglas en inglés)</p>	<p>No hay cobertura</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Se le reembolsan hasta \$35 por mes por membresías o programas de acondicionamiento físico.</p> <p>Fuera de la red/POS: No disponible.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Servicios auditivos de rutina y audífonos*</p> <p>*Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso (MOOP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Consulte el cuadro en la SECCIÓN 4 a continuación para obtener una descripción completa del nuevo tipo de plan de Champion Health Plan (HMO-POS CSNP).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Evaluación y adaptación de audífonos <p>Copago de \$149 por audífono</p> <p>Fuera de la red: No disponible.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Evaluación y adaptación de audífonos <p>Copago de \$149 por audífono</p> <p>Fuera de la red/POS: Copago de \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y adaptación de audífonos Audífonos No hay cobertura.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: \$0 - \$20 por insulina según el tipo	Dentro de la red and Out-of-Network/POS: Copago de \$0 para insulinas en el Nivel 1. Copago de \$24 para insulinas del Nivel 2.
Beneficio de asignación para medicamentos de venta sin receta (OTC por sus siglas en inglés,)* * Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso directo (MOOP, por sus siglas en inglés).	Dentro de la red: Recibes \$90 cada tres meses	Dentro de la red: Recibes \$300 cada tres meses Fuera de la red: No disponible.
Tratamiento de la enfermedad renal Consulte el cuadro en la SECCIÓN 4 a continuación para obtener una descripción completa del nuevo tipo de plan Champion Health Plan (HMO-POS C SNP).	Dentro de la red: Copago de \$30 por servicios de diálisis cubiertos por Medicare Copago de \$0 por educación sobre enfermedades renales cubierta por Medicare <i>Es posible que se requiera autorización previa</i> <i>Es posible que se requiera remisión</i> Fuera de la red: No disponible.	Dentro de la red and Out-of-Network/POS: Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare, incluida diálisis y educación sobre enfermedades renales. Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para los servicios educativos sobre enfermedades renales. Fuera de la red/POS únicamente:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Usted es elegible para un reembolso del 80% de la tarifa de Medicare hasta una asignación máxima de \$25,000 por año por los servicios de diálisis recibidos en México.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por día para los días 1 a 100</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para los días 1 a 20 Copago de \$214 para los días 21 a 100</p> <p>Fuera de la red: No disponible.</p>
<p>Apoyo para cuidadores** *Este beneficio no cuenta para el monto máximo de desembolso (MOOP, por sus siglas en inglés) Consulte el cuadro en la SECCIÓN 4 a continuación para obtener una descripción completa del nuevo tipo de plan de Champion Health Plan (HMO-POS CSNP).</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por servicios cubiertos Límite de 12 días de cuidado de relevo por año.</p> <p>Fuera de la red: No disponible.</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red/POS: Copago de \$0 por servicios cubiertos</p> <p>Límite de 12 días de tratamientos de diálisis en el hogar ,12 periodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia Atención de urgencia en todo el mundo *Este beneficio no cuenta para el monto máximo de</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>No se ofrece cobertura mundial.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>Atención de urgencia en todo el mundo copago de \$0</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>desembolso directo (MOOP, por sus siglas en inglés)</p>		<p>El plan cubre la atención de urgencia recibida en todo el mundo hasta un límite máximo de beneficios de \$10,000 por año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficios incluye atención de emergencia y servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. Consulte Atención de emergencia arriba en este cuadro.</p> <p>(La atención de urgencia necesaria en todo el mundo se refiere a la atención de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).</p>

SECCIÓN 3.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos

mensualmente para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o trabajando para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su Evidencia de cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, recetador o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“*Ayuda adicional*”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un folleto por separado, llamado Anexo de evidencia de cobertura para personas que reciben “*ayuda adicional*” para pagar los medicamentos recetados (también llamado *Anexo de subsidio para personas de bajos ingresos o Anexo LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “*Ayuda adicional*” y no ha recibido este prospecto antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y solicite la *cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, existen **tres etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento durante el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento por período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Según el Programa de descuento de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios a la Etapa Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en el"Lista de medicamentos".</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1 (genérico preferido):</p> <p>Usted paga \$0 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta por correo para un mes es de \$0.</p> <p>Nivel 2 (genérico):</p> <p>Paga \$8 por receta. Usted paga \$8 por suministro mensual de cada producto</p>	<p>El costo de un suministro para un mes es:</p> <p>Nivel 1 (genérico preferido):</p> <p>Usted paga \$0 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <p>Nivel 2 (genérico):</p> <p>Paga \$3 por receta. Usted paga \$3 por suministro mensual de cada producto</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta por correo para un mes es de \$0.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida):</p> <p>Paga \$47 por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta por correo para un mes es de \$0.</p> <p>Nivel 4 (Marca no preferida):</p> <p>Paga \$100 por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de una receta por correo para un mes es de \$0.</p> <p>Nivel 5 (especialidad):</p> <p>Pagas el 33% por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Usted paga \$0 por una receta de pedido por correo para un mes.</p> <p>Nivel 6 (atención selecta):</p> <p>Usted paga \$0 por receta. Usted paga \$0 por suministro mensual de</p>	<p>de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida):</p> <p>Paga \$47 por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <p>Nivel 4 (Marca no preferida):</p> <p>Paga \$100 por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <p>Nivel 5 (especialidad):</p> <p>Pagas el 33% por receta. Usted paga \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <p>Nivel 6 (atención selecta):</p> <p>El pedido por correo no está disponible.</p> <p>Nivel 6 (atención selecta):</p> <p>Usted paga \$0 por receta. Usted paga \$0 por</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Usted paga \$0 por un medicamento recetado por correo para un mes</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El pedido por correo solo está disponible para suministros de día extendido (100 días).</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

Cambios a la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el Capítulo 6, SECCIÓN 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Cambios administrativos

En 2024, Champion Health Plan ofreció Champion Advantage (HMO C-SNP). En 2025, el tipo de plan cambió a Champion Advantage (HMO-POS CSNP). Champion Advantage (HMO-POS CSNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio. Punto de servicio significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan. Algunos servicios pueden tener un costo diferente fuera de la red.

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Opción de punto de servicio (POS) (también conocida como opción “Fuera de la red/POS”).</p> <p>Consulte su Evidencia de cobertura, Capítulo 4, Cuadro de beneficios de la SECCIÓN 2 para obtener detalles sobre la cobertura fuera de la red/POS.</p>	<p>No aplicable</p>	<p>Ahora puede acceder a sus beneficios en más ubicaciones a través de la opción “Fuera de la red/POS”.</p> <p>La opción “Fuera de la red/POS” está claramente etiquetada en la Evidencia de cobertura, Tabla de beneficios para cada beneficio cubierto por Medicare enumerado, lo que le brinda la flexibilidad de obtener servicios en otras ubicaciones.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para los servicios “fuera de la red/POS”.</p>
<p>Champion Health Plan Ubicación de la oficina administrativa</p>	<p>19700 Fairchild Rd Suite 230 Irvine, CA 92612</p>	<p>5000 Airport Plaza Drive Suite 100 Long Beach, CA 90815</p>
<p>Número de servicio para miembros</p>	<p>(844) 728-5730</p>	<p>(800) 885-8000</p>
<p>Sitio web del plan de salud</p>	<p>ChampionHealthPlan.com</p>	<p>championhmo.com</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de recetas médicas de Medicare</p>	<p>No aplicable</p>	<p>El Plan de pago de recetas médicas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-885-8000 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 5 Decidir qué plan elegir

SECCIÓN 5.1 – Si desea permanecer en Champion Advantage (HMO C-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Champion Advantage (HMO-POS CSNP).

SECCIÓN 5.2 – Si quieres cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- – O – Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de

medicamentos de Medicare, consulte la SECCIÓN 3.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual Medicare & You 2025, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la SECCIÓN 8), o llame a Medicare (consulte la SECCIÓN 9.2).

Sólo para recordarte, Champion Health Plan of California, Inc. (que opera como Champion Health Plan) ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: cambia tu cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Champion Advantage (HMO-POS CSNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Champion Advantage (HMO-POS CSNP) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:

o Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

o – O – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Fecha límite para cambiar de planes

Si deseas cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrás hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, quienes reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejarán la cobertura del empleador y quienes se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin

cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensa sobre Seguros Médicos de California (HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare. Los consejeros de HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre HICAP visitando su sitio web (<http://www.aging.ca.gov/hicap/>).

SECCIÓN 8 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame a:

- o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- o La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o

- o Su oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia con costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Departamento de Servicios de Salud de California (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-844-421-7050 (TTY: 711). Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Recetas de Medicare.** El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo en medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- La “ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-885-8000 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 9 ¿Preguntas?

SECCIÓN 9.1 –Cómo obtener ayuda de Champion Advantage (HMO-POS CSNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Lunes – viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este Aviso anual de cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2025 para Champion

Advantage (HMO-POS CSNP). La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.championhmo.com. También puede revisar la Evidencia de cobertura enviada por correo por separado para ver si otros cambios en beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

Visita nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.championhmo.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

SECCIÓN 9.2 –Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y usted 2025

Lea el manual Medicare y usted 2025. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1 800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 2048.