



Manual de inscripción *2025*

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

Para los condados de Carson City, Churchill, Clark, y Washoe

¿Cuál es el plan *ideal para usted?*

Este manual contiene tres planes diferentes de beneficios de seguro de salud.

Champion Advantage (HMO POS C-SNP)

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un plan de Necesidades Especiales (Medicare Advantage Prescription Drug Health Maintenance Organization Point of Service Chronic Special Needs Plan, HMO POS C-SNP) que es ideal para personas con una enfermedad renal en etapa terminal que califican para Medicare, pero no para Medicaid.

Champion Connect (HMO POS C-SNP)

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un Plan de Necesidades Especiales (HMO POS C-SNP) que es ideal para personas con una enfermedad renal en etapa terminal que califican para Medicare y Medicaid.

Champion Select (HMO POS C-SNP)

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un Plan de Necesidades Especiales (HMO POS C-SNP) que es ideal para personas con enfermedad renal en etapa terminal que no califican para Medicaid, pero sí para Medicare y para la Ayuda Adicional para Medicamentos Recetados, también conocida como Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

Formulario de confirmación de alcance de la cita de venta

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita comercial antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser cumplimentada por cada persona con Medicare o por su representante autorizado.

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto que desea que le comente el agente.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Plan de Punto de Servicio y Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Point of Service Plan, SNP POS) de Medicare: un Plan Medicare Advantage que cuenta con un paquete de prestaciones diseñado para personas con insuficiencia renal terminal. Algunos ejemplos de los grupos específicos a los que se presta servicio son las personas que tienen Medicare o Medicare y Medicaid, o que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados. El POS es un tipo de plan de Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Como la HMO, los miembros deben designar un médico dentro de la red para que sea el proveedor primario de atención médica. Usted puede atenderse con médicos, en hospitales y con proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que marcó con sus iniciales más arriba. Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el Gobierno Federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, ni afecta su inscripción actual, ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de imprenta:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

A completar por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario: *(opcional)*

Método inicial de contacto:

(Indique aquí si el candidato se presentó sin cita previa)

Firma del agente:

Fecha de realización de la cita:

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR



Resumen de *beneficios*

Champion Advantage Plan
(HMO POS C-SNP) H6474-001

Para los condados de Carson City, Churchill, Clark, y Washoe

Resumen de *beneficios* 2025



Champion Health Plan

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un Plan de Necesidades Especiales (Medicare Advantage Prescription Drug Health Maintenance Organization Point of Service Chronic Special Needs Plan, HMO POS C-SNP) con un contrato con Medicare.

La información que proporcionamos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted puede tener que pagar. No enumera todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el manual “Evidencia de cobertura” en **championhmo.com**.

Para inscribirse en **Champion Advantage (HMO, POS, C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener una enfermedad renal en etapa terminal (ERET) que requiera diálisis (cualquier modalidad de diálisis). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nevada: Carson City, Churchill, Clark, y Washoe.

Como plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS), puede usar proveedores fuera de la red del plan, pero es posible que tengan un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, Medicare o Champion Advantage (HMO POS C-SNP), salvo en situaciones de emergencia, si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios. Asegúrese de que su proveedor participe en Medicare.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”**. Consúltelo en línea en **medicare.gov** o reciba una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número gratuito **1-800-885-8000**, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora estándar del Pacífico (PST), los 7 días a la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PST. También puede visitarnos en **championhmo.com**.

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|------------------|-----------------|
| Prima mensual | \$0 | \$0 |
| Deducible anual del plan | Sin deducible | Sin deducible |
| Gasto anual máximo de bolsillo (Annual Maximum Out of Pocket, MOOP) | \$499 | \$499 |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|---|
| Hospitalización | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Sin cobertura |
| Hospitales ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC) | Copago de \$100 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$100 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Proveedores de atención primaria | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Especialistas | Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología. | Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología. |
| Servicios preventivos (exámenes de detección cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital) | Copago de \$140 No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. | Copago de \$140 No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. |
| Atención de emergencia en todo el mundo | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. |
| Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencia no hospitalario) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|---|
| <p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiodiagnóstico (como IRM, TC) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer) | <p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| <p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Adaptación/evaluación de audífonos • Audífono | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año</p> <p>Copago de \$149 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> |
| <p>Servicios dentales</p> | <p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>20% de coseguro para servicios dentales preventivos</p> <p>Del 30% al 50% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|--|--|
| Servicios de la visión <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare Examen de la vista de rutina Marcos y cristales, o lentes de contacto | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por un (1) par de gafas cubierto por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por un (1) examen de la vista de rutina, de refracción de hasta uno (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 para marcos y cristales, con actualizaciones todos los años</p> | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> |
| Hospitalización por salud mental | <p>Copago de \$100 para los días 1 a 10</p> <p>Copago de \$0 para los días 11 a 60</p> <p>Copago de \$329 para los días 61 a 90</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Sin cobertura</p> |
| Salud mental ambulatoria (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare) | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| Centro de enfermería especializada | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$214 para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Sin cobertura</p> |
| Rehabilitación ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> Terapia física Terapia del lenguaje Terapia ocupacional | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|--|--|
| Servicios de ambulancia | <p>0% o 20% del costo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia aérea y terrestre que no sean de emergencia</p> <p>Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p> | <p>0% o 20% del costo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia aérea y terrestre que no sean de emergencia</p> <p>Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p> |
| Transporte | <p>Copago de \$0 para 100 viajes de ida aprobados por el plan</p> <p>Si no se utiliza el transporte y se realiza un traslado de forma privada al servicio de diálisis, el conductor privado recibe un reembolso de 0.60 por kilómetro.</p> | <p>Sin cobertura</p> |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | <p>0%-20% del costo</p> | <p>0%-20% del costo</p> |
| Diálisis | <p>Copago de \$0</p> | <p>Copago de \$0</p> <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> |
| Programa de asistencia para diálisis <ul style="list-style-type: none"> • Venopunción para tratamientos de diálisis a domicilio. Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No califican todos los afiliados. • Apoyo para cuidadores | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos 20% del costo de artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización. | DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos 20% del costo de artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización. |
| Artículos de venta libre y alimentos saludables | Asignación de \$300 cada (3) tres meses Copago de \$0 para balanzas y brazalete de presión arterial para miembros con diabetes, ERET, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica | Sin cobertura |
| Acupuntura y quiropraxia (solo servicios cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Centro de cuidados paliativos | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original |
| Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) | Copago de \$0 | Sin cobertura |
| Aptitud física | Copago de \$0 Se le reembolsan hasta \$35 por mes por membresías de gimnasios o clases de aptitud física (como yoga) | Sin cobertura |
| Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y Línea Directa de Enfermería) | Copago de \$0 Usted tiene acceso a un centro de llamadas especializado en nefrología las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está diseñado para ayudar a los afiliados con problemas relacionados con la ERET y que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, respuestas a preguntas, inquietudes y otros recursos relacionados con la diálisis para su ERET. | Sin cobertura |
| Examen físico anual | Copago de \$0 para un (1) examen anual | Sin cobertura |
| Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño | Copago de \$0 para la provisión de una silla para la ducha | Sin cobertura |
| Educación para la Salud | Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud | Sin cobertura |

Champion Advantage Plan (HMO POS C-SNP) H6474-001

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | |
|--|--|--|
| Deducible de la Parte D | Sin deducible | Sin deducible |
| | Farmacia minorista participante | Pedido por correo |
| Cobertura inicial | Suministro de hasta 30 días | Suministro de 100 días |
| Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 2: medicamentos genéricos | Copago de \$3 | Copago de \$6 |
| Nivel 3: medicamentos de marca preferida | Copago de \$47 | Copago de \$94 |
| Nivel 4: medicamentos de marca no preferida | Copago de \$100 | Copago de \$200 |
| Nivel 5: medicamentos de especialidad | 33% del costo | El suministro para 100 días no está disponible en el Nivel 5 |
| Nivel 6: medicamentos de atención selecta | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Cobertura para casos de catástrofe (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,000) | Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. | |
| Mensaje importante sobre lo que paga por insulina | No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o de \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre. | |
| Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información. | |



Resumen de *beneficios*

Champion Connect Plan
(HMO POS C-SNP) H6474-002

Para los condados de Carson City, Churchill, Clark, y Washoe

Resumen de *beneficios* 2025



Champion Health Plan

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un Plan de Necesidades Especiales (Medicare Advantage Prescription Drug Health Maintenance Organization Point of Service Chronic Special Needs Plan, HMO POS C-SNP) con un contrato con Medicare.

La información que proporcionamos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted puede tener que pagar. No enumera todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el manual “Evidencia de cobertura” en **championhmo.com**.

Para inscribirse en **Champion Connect (HMO, POS, C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener una enfermedad renal en etapa terminal (ERET) que requiera diálisis (cualquier modalidad de diálisis). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nevada: Carson City, Churchill, Clark, y Washoe.

Como plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS), puede usar proveedores fuera de la red del plan, pero es posible que tengan un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, Medicare ni Champion Advantage (HMO POS C-SNP) pagarán esos servicios. Asegúrese de que su proveedor participe en Medicare.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”**. Consúltelo en línea en **medicare.gov** o reciba una copia llamando al **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número gratuito **1-800-885-8000**, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora estándar del Pacífico (PST), los 7 días a la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PST. También puede visitarnos en **championhmo.com**.

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|------------------|-----------------|----------------------------------|
| Prima mensual | \$21.30 | \$21.30 | \$0 (con Ayuda Adicional) |
| Deducible anual del plan | Sin deducible | Sin deducible | Sin deducible |
| Gasto anual máximo de bolsillo (Annual Maximum Out of Pocket, MOOP) | \$9,350 | \$9,350 | \$0 |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|--|---|---|
| Hospitalización | <p>Deducible de \$1,752[†] por período de beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por período de beneficios</p> <p>Copago de \$0 por reserva a perpetuidad para los días 1 a 60</p> <p>El costo compartido se cobra por admisión o estadía.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, el costo que deberá pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | Sin cobertura | <p>\$0</p> <p>[†]si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| Hospitales ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC) | <p>Copago de \$125[†] por visita cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para servicios de ASC</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$125[†] por visita cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para servicios de ASC</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| Proveedores de atención primaria | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Especialistas | <p>Copago de \$0</p> <p>Coseguro del 20%[†] para visitas al especialista en un centro</p> <p>Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Coseguro del 20%[†] para visitas al especialista en un centro</p> <p>Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología.</p> |
| Servicios preventivos (exámenes de detección cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|---|---|
| Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital) | Copago de \$110 [†] No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. | Copago de \$110 [†] No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. | Copago de \$0 No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. [†] Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare |
| Atención de emergencia en todo el mundo | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. |
| Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencia no hospitalario) | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. |
| Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes | Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías | Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías | Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio | 20% [†] del costo de los demás servicios | 20% [†] del costo de los demás servicios | Copago de \$0 para servicios de ASC [†] Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiodiagnóstico (como IRM, TC) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer) | Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación. | Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación. | Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación. |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|---|---|
| Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> Servicios cubiertos por Medicare Examen de audición de rutina Adaptación/evaluación para audífonos <p>Audífonos</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año</p> <p>Copago de \$149 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año</p> <p>Copago de \$149 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años</p> |
| Servicios dentales | <p>\$0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>\$0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>20% del costo de los servicios dentales preventivos</p> <p>Del 30% al 50% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>\$0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|---|--|---|
| Servicios de la visión <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare Examen de la vista de rutina Marcos y lentes o lentes de contacto | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por un (1) par de gafas cubierto por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por un (1) examen de la vista de rutina, de refracción de hasta uno (1) por año</p> <p>Asignación de \$500 para marcos y lentes, con actualizaciones cada año</p> | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por un (1) par de gafas cubierto por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por un (1) examen de la vista de rutina, de refracción de hasta uno (1) por año</p> <p>Asignación de \$500 para marcos y lentes, con actualizaciones cada año</p> |
| Hospitalización por salud mental | <p>Deducible de \$1,712[†] por período de beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por período de beneficios</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| Salud mental ambulatoria (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare) | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| Centro de enfermería especializada | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$214[†] para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 100</p> <p>[†]Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|---|--|--|
| Rehabilitación ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física • Terapia del lenguaje • Terapia ocupacional | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Servicios de ambulancia | Copago de \$0 para transporte por ambulancia terrestre que no sea de emergencia 20% [†] del costo de los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia. | 20% [†] del costo para transporte por ambulancia terrestre que no sea de emergencia y para los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia. | Copago de \$0 [†] Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia. |
| Transporte | Copago de \$0 Viajes ilimitados de ida aprobados por el plan Si no se utiliza el transporte y se realiza un traslado de forma privada al servicio de diálisis, el conductor privado recibe un reembolso de 0.60 por kilómetro. | Sin cobertura | Copago de \$0 Si no se utiliza el transporte y se realiza un traslado de forma privada al servicio de diálisis, el conductor privado recibe un reembolso de 0.60 por kilómetro. |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | 0% - 20% [†] del costo | 0% - 20% [†] del costo | Copago de \$0 [†] Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare |
| Diálisis | 20% [†] del costo | 20% [†] del costo | Copago de \$0 [†] Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|--|---|---|---|
| <p>Programa de asistencia para diálisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venopunción para tratamiento de diálisis a domicilio Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No califican todos los afiliados. • Apoyo para cuidadores | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> |
| <p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)</p> | <p>20%[†] del costo</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización.</p> | <p>20%[†] del costo</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>[†]Si tiene beneficios completos de Medicaid, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización.</p> |
| <p>Artículos de venta libre y alimentos saludables</p> | <p>Asignación de \$500 cada tres (3) meses</p> <p>Copago de \$0 para balanzas y brazalete de presión arterial para miembros con diabetes, ERET, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Asignación de \$500 cada tres (3) meses</p> <p>Copago de \$0 para balanzas y brazalete de presión arterial para miembros con diabetes, ERET, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica</p> |
| <p>Acupuntura y quiropraxia (solo servicios cubiertos por Medicare)</p> | <p>Copago de \$0</p> | <p>Copago de \$0</p> | <p>Copago de \$0</p> |
| <p>Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare)</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red | Su costo con Medicare y Medicaid |
|---|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Centro de cuidados paliativos | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original |
| Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) | Copago de \$0 | Sin cobertura | |
| Aptitud física | Copago de \$0 Se le reembolsan hasta \$35 por mes por membresías de gimnasios o clases de aptitud física (como yoga) | Sin cobertura | |
| Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y Línea Directa de Enfermería) | Copago de \$0 Usted tiene acceso a un centro de llamadas especializado en nefrología las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está diseñado para ayudar a los afiliados con problemas relacionados con la ERET y que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, respuestas a preguntas, inquietudes y otros recursos relacionados con la diálisis para su ERET. | Sin cobertura | |
| Examen físico anual | Copago de \$0 para un (1) examen anual | Sin cobertura | |
| Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño | Copago de \$0 para la provisión de una silla para la ducha | Sin cobertura | |
| Educación para la Salud | Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud | Sin cobertura | |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | | Su costo con el Programa de Ayuda Adicional (para el subsidio por bajos ingresos)* | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| Deducible de la Parte D | Deducible de \$545 (no se aplica al Nivel 1 y al Nivel 6) | Deducible de \$545 (no se aplica al Nivel 1 y al Nivel 6) | Copago de \$0 | |
| | Farmacia minorista participante | Pedido por correo | Farmacia minorista participante | Pedido por correo |
| Cobertura inicial | Suministro de hasta 30 días | Suministro de 100 días | Suministro de hasta 30 días | Suministro de 100 días |
| Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 | |
| Nivel 2: medicamentos genéricos | 25% del costo | 25% del costo | Copago de \$0 | |
| Nivel 3: medicamentos de marca preferida | 25% del costo | 25% del costo | Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | |
| Nivel 4: medicamentos de marca no preferida | 25% del costo | 25% del costo | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | |
| Nivel 5: medicamentos de especialidad | 25% del costo | El suministro para 100 días no está disponible en el Nivel 5 | Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | El suministro para 100 días no está disponible en el Nivel 5 |
| Nivel 6: medicamentos de atención selecta | Copago de \$0 | Copago de \$0 | Copago de \$0 | |
| Cobertura para casos de catástrofe (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,000) | Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. | | | |

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6474-002

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | Su costo con Ayuda Adicional |
|--|--|---|
| Mensaje importante sobre lo que paga por insulina | No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o de \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, y aunque no haya pagado su deducible. | No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o de \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, y aunque no haya pagado su deducible. |
| Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información. | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información. |
| *Programa de Ayuda Adicional | N/C | Si tiene Medicaid, califica para el programa de Ayuda Adicional que ayuda a las personas con costos compartidos de la Parte D, incluidos los deducibles. Puede pagar \$0 por su prima de la Parte D, deducible y no más de los montos del subsidio por bajos ingresos por todos sus medicamentos de la Parte D. |

Esta pagina se dejo en blanco intencionalmente



Resumen de *beneficios*

Champion Select Plan
(HMO POS C-SNP) H6474-003

Para los condados de Carson City, Churchill, Clark, y Washoe

Resumen de *beneficios* 2025



Champion Health Plan

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

Un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan de Punto de Servicio y un Plan de Necesidades Especiales (Medicare Advantage Prescription Drug Health Maintenance Organization Point of Service Chronic Special Needs Plan, HMO POS C-SNP) con un contrato con Medicare.

La información que proporcionamos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted puede tener que pagar. No enumera todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el manual “Evidencia de cobertura” en championhmo.com.

Para inscribirse en **Champion Select (HMO, POS, C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener una enfermedad renal en etapa terminal (ERET) que requiera diálisis (cualquier modalidad de diálisis). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nevada: Carson City, Churchill, Clark, y Washoe.

Como plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS), puede usar proveedores fuera de la red del plan, pero es posible que tengan un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, Medicare ni Champion Advantage (HMO POS C-SNP) pagarán esos servicios. Asegúrese de que su proveedor participe en Medicare.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”**. Consúltelo en línea en medicare.gov o reciba una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número gratuito **1-800-885-8000**, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora estándar del Pacífico (PST), los 7 días a la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., PST. También puede visitarnos en championhmo.com.

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|------------------|-----------------|
| Prima mensual | \$16.10 | \$16.10 |
| Deducible anual del plan | Sin deducible | Sin deducible |
| Gasto anual máximo de bolsillo (Annual Maximum Out of Pocket, MOOP) | \$499 | \$499 |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|---|
| Hospitalización | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Sin cobertura |
| Hospitales ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC) | Copago de \$140 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$140 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Proveedores de atención primaria | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Especialistas | Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología. | Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología. |
| Servicios preventivos (exámenes de detección cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital) | Copago de \$100 No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. | Copago de \$100 No se aplica el copago si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado. |
| Atención de emergencia en todo el mundo | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. |
| Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencia no hospitalario) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención Urgente Necesaria En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. | Copago de \$0 por hasta un límite máximo de beneficios de \$100,000 en todo el mundo, reembolsable por el plan. Combinado con la Atención de Emergencia En Todo el Mundo. |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|--|
| <p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiodiagnóstico (como IRM, TC) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer) | <p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| <p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Adaptación/evaluación de audífonos • Audífono | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año</p> <p>Copago de \$149 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años</p> | <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare por año</p> |
| <p>Servicios dentales</p> | <p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare por año</p> <p>20% de coseguro para servicios dentales preventivos</p> <p>Del 30% al 50% del costo de los servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000 para los servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|--|
| <p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista cubierto por Medicare Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare Examen de la vista de rutina Marcos y cristales, o lentes de contacto | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por un (1) par de gafas cubierto por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por un (1) examen de la vista de rutina, de refracción de hasta uno (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 para marcos y cristales, con actualizaciones todos los años</p> | <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> |
| <p>Hospitalización por salud mental</p> | <p>Copago de \$100 para los días 1 a 10</p> <p>Copago de \$0 para los días 11 a 60</p> <p>Copago de \$329 para los días 61 a 90</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Sin cobertura</p> |
| <p>Salud mental ambulatoria (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| <p>Centro de enfermería especializada</p> | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |
| <p>Rehabilitación ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia física Terapia del lenguaje Terapia ocupacional | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> | <p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p> |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|---|
| Servicios de ambulancia | <p>0% o 20% del costo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia aérea y terrestre que no sean de emergencia</p> <p>Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p> | <p>0% o 20% del costo de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia aérea y terrestre que no sean de emergencia</p> <p>Puede ser necesaria una autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p> |
| Transporte | <p>Copago de \$0</p> <p>100 viajes de ida aprobados por el plan</p> <p>Si no se utiliza el transporte y se realiza un traslado de forma privada al servicio de diálisis, el conductor privado recibe un reembolso de 0.60 por kilómetro.</p> | Sin cobertura |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | 0%-20% del costo | 0%-20% del costo |
| Diálisis | Copago de \$0 | <p>Copago de \$0</p> <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>Programa de asistencia para diálisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venopunción para tratamientos de diálisis a domicilio. Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No califican todos los afiliados. • Apoyo para cuidadores | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> | <p>Copago de \$0 para los afiliados que reciben la visita de un cuidador capacitado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis a domicilio.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días por año de tratamientos de diálisis a domicilio o 12 períodos de cobertura de cuidado de relevo de 4 horas por año</p> |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

| Detalles del plan | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|--|
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos del 20% del costo para artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización. | DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos del 20% del costo para artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización. |
| Artículos de venta libre y alimentos saludables | Asignación de \$400 cada tres (3) meses Copago de \$0 para balanzas y brazalete de presión arterial para miembros con diabetes, ERET, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica | Sin cobertura |
| Acupuntura y quiropraxia (solo servicios cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare) | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Centro de cuidados paliativos | Cubierto por Medicare Original | Cubierto por Medicare Original |
| Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) | Copago de \$0 | Sin cobertura |
| Aptitud física | Copago de \$0 Se le reembolsan hasta \$35 por mes por membresías de gimnasios o clases de aptitud física (como yoga) | Sin cobertura |
| Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y Línea Directa de Enfermería) | Copago de \$0 Usted tiene acceso a un centro de llamadas especializado en nefrología las 24 horas del día, los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está diseñado para ayudar a los afiliados con problemas relacionados con la ERET y que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, respuestas a preguntas, inquietudes y otros recursos relacionados con la diálisis para su ERET. | |
| Examen físico anual | Copago de \$0 para un (1) examen anual | Sin cobertura |
| Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño | Copago de \$0 para la provisión de una silla para la ducha | Sin cobertura |
| Educación para la Salud | Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud | Sin cobertura |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red | |
|---|--|--|
| Deducible de la Parte D | Sin deducible | Sin deducible |
| | Farmacia minorista participante | Pedido por correo |
| Cobertura inicial | Suministro de hasta 30 días | Suministro de 100 días |
| Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 2: medicamentos genéricos | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será un copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90. | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será un copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90. |
| Nivel 3: medicamentos de marca preferida | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será un copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15. | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será un copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15. |
| Nivel 4: medicamentos de marca no preferida | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 |
| Nivel 5: medicamentos de especialidad | 25% del costo Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | El suministro para 100 días no está disponible en el Nivel 5 |
| Nivel 6: medicamentos de atención selecta | Copago de \$0 | Copago de \$0 |

Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6474-003

Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan | Dentro de la red |
|--|---|
| Cobertura para casos de catástrofe (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,000) | Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. |
| Mensaje importante sobre lo que paga por insulina | No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o de \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre. |
| Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información. |
| *Programa de Ayuda Adicional | Si tiene Medicaid, usted califica para el programa de Ayuda Adicional que ayuda a las personas con los costos compartidos de la Parte D, incluidos los deducibles. Puede pagar \$0 por su prima de la Parte D, deducible y no más de los montos del subsidio por bajos ingresos por todos sus medicamentos de la Parte D. |

Recursos para *beneficios adicionales*

Más allá de Medicare Original



Visión

Obtenga la atención de la vista de rutina, incluidos exámenes y lentes, a través de EyeMed.



Dental

Cobertura a través de Paramount Dental para mantener su salud y la de sus dientes.



Transporte

Averigüe cómo aprovechar al máximo su beneficio de transporte.



De venta libre

Elija entre los productos del catálogo de venta libre especialmente seleccionados por nefrólogos para ayudarlo.



Comida saludable

Puede optar por la entrega de alimentos saludables si participa en un programa de gestión de la atención.



Telesalud

Champion Health Plan le permite ponerse en contacto con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; una gran opción para la atención urgente, la conexión con especialistas y mucho más.



Audición

La mayoría de los planes ofrecen exámenes de audición y audífonos a través de TruHearing.



Alerta personal

Un Sistema Personal de Respuesta a Emergencias proporciona ayuda con solo presionar un botón.

Lista de comprobación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda perfectamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al número 1-800-885-8000, TTY 711.

Comprender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite championhmo.com/member/plan-documents o llame al 1-800-885-8000, TTY 711, para consultar una copia de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende actualmente pertenecen a la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que asiste para cualquier medicamento recetado pertenece a la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprender las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP). Para poder inscribirse, deberá comprobar que tiene una enfermedad crónica grave o discapacitante.
- Su cobertura de salud actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está inscrito en un plan de Tricare o de Medicare, dejará de recibir beneficios de ese plan cuando comience su nueva cobertura.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Formulario de solicitud de inscripción individual para registrarse en un plan Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos;
- vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario).
- Medicare Parte B (seguro médico).

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede unirse a un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para una cobertura a partir del 1 de enero);
- dentro de los 3 meses siguientes al inicio de la cobertura de Medicare;
- en determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan;
- cualquier mes en el que una persona cumpla los requisitos de elegibilidad para el C-SNP para ESRD.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Formulario de solicitud de inscripción individual para registrarse en un plan Medicare Advantage (Parte C) (Continuación)

¿Cuál es el próximo paso?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Champion Health Plan PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Champion Health Plan al 1-800-885-8000. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historia médica, etc.) a la Oficina de Verificación de Informes (Reports Clearance Office) de la PRA. Todos los elementos que recibamos que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirán. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección “¿Cuál es el próximo paso?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar que su dirección de residencia permanente es un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social).

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:

Champion Advantage (HMO C-SNP) 001

\$0 por mes

Champion Connect (HMO C-SNP) 002

\$32 por mes

Champion Select (HMO C-SNP) 003

\$32 por mes

**Inicial del
segundo nombre
(opcional)**

PRIMER nombre

APELLIDO

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Dirección física de residencia permanente (no indique el apartado postal)

Condado (opcional)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección física si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal)

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Responda estas preguntas importantes:

1) ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del Champion Health Plan?

Sí.

No.

Nombre de la otra cobertura

Número de miembro de esta cobertura

Número de grupo de esta cobertura

La inscripción en cualquiera de los planes arriba indicados requiere que tenga determinadas enfermedades crónicas.

¿Requiere servicios de diálisis?

Sí.

No.

Nombre del centro de diálisis

Dirección del centro de diálisis

Número de teléfono

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para seguir perteneciendo a Champion Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Champion Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que figura más abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando inicie mi cobertura de Champion Health Plan, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Champion Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios provistos por Champion Health Plan y contenidos en el documento de “Evidencia de cobertura” de Champion Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Champion Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación de dicha autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma del miembro

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Relación con el miembro

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No pueden negarle la cobertura por no completarlas.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy hispano, latino o de origen español. | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano(a). |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño. | <input type="checkbox"/> Sí, cubano. |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español. | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska. | <input type="checkbox"/> Indio asiático. | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano. |
| <input type="checkbox"/> Chino. | <input type="checkbox"/> Filipino. | <input type="checkbox"/> Guamanés o chamorro. |
| <input type="checkbox"/> Japonés. | <input type="checkbox"/> Coreano. | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo. |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático. | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico. | <input type="checkbox"/> Samoano. |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita. | <input type="checkbox"/> Blanco. | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

- Español.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille. Letra grande. CD de audio.

Póngase en contacto con Champion Health Plan llamando al 1-800-885-8000 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

- ¿Trabaja?** Sí. No. **¿Trabaja su cónyuge?** Sí. No.

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)

Médico tratante principal (nefrólogo)

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No pueden negarle la cobertura por no completarlas.

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Evidencia de cobertura (EOC)

Directorio de proveedores/farmacias

Formulario

Dirección de correo electrónico: _____

PAGAR LAS PRIMAS DE SU PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes.

También puede optar por pagar la prima descontándola automáticamente cada mes de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), deberá abonar este importe adicional además de la prima de su plan. NO pague a Champion Health Plan la Parte D-IRMAA.

Para el uso exclusivo de la oficina:

Nombre del miembro del personal/intermediario (si ayudó en la inscripción): _____

Número nacional de productor (National Producer Number, NPN) del agente: _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Período de elección anual (Annual Election Period, AEP): _____

Período de elección de cobertura inicial (Initial Coverage Election Period, ICEP): _____

Periodo de inscripción especial (Special Election Period, SEP) (tipo): _____

Fecha de recepción del agente: _____

Firma del agente de ventas autorizado (obligatoria): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y a efectos del pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

¿Cuál es el *próximo* paso?

Ya envió el formulario de inscripción a Champion Health Plan, ¿y ahora qué?



Formularios de inscripción recibidos

Su inscripción se envía a Champion Health Plan por teléfono, correo, fax, agente o por Internet. Comenzaremos a procesar su solicitud de inmediato.



Carta de verificación de inscripción (Outbound Enrollment Verification, OEV)

Esta carta tiene por objeto confirmar su inscripción en el plan. Tendrá información como su número de identificación de miembro e información sobre la Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.



Sus tarjetas de identificación de miembro de Champion Health Plan

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de Champion Health Plan por correo. Asegúrese de tener esta tarjeta a mano. La necesitará cuando visite a su médico, farmacia u hospital. Su tarjeta del Plan Dental se enviará por separado.



Paquete de bienvenida

Recibirá un paquete que contiene información importante sobre cómo aprovechar al máximo la cobertura de Champion Health Plan.



Llamada o visita de bienvenida

Un representante lo llamará para acordar un horario para repasar su paquete de bienvenida.



Ayuda con los costos de Medicare

Es posible que califique para recibir asistencia financiera federal, “Ayuda adicional”. Muchas personas califican incluso si no tienen bajos ingresos. Para solicitar esta asistencia financiera para el costo de sus medicamentos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778 o solicítela en línea en SSA.gov.

Aviso de no discriminación

Champion Health Plans-USA (Champion) y sus filiales, incluido Champion Health Plan of California, Inc.; Renal Payer Solutions, Inc. y Champion Payer Solutions, LLC. cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Champion Health Plan no excluye a las personas, no les niega beneficios ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género, orientación sexual o religión.

Champion Health Plan proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para ayudarlas a comunicarse eficazmente con el plan de salud. Estos servicios pueden incluir, entre otros, intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en diversos formatos: letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros.

Champion Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios o cree que Champion Health Plan no le prestó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o identidad de género, póngase en contacto con el **Servicio de Atención a los Miembros de Champion Health Plan:**

Por teléfono: **Marque 1-800-885-8000**
Por TTY: Marque "711"
Por correo de EE. UU.: **Champion Health Plan Grievance Department**
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja o una apelación, tiene a su disposición el Servicio de Atención a los Miembros de Champion Health Plan. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

Servicios de interpretación en varios idiomas

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/Language 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: 我們提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果需要此翻譯服務，請致電 1-800-885-8000。我們的中文工作人員很願意幫助。這是一項免費服務。

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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý 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: لودج وأحصى لابل قلعتت قلىسأى أن ع قباجلل ةيناجملا يروفلا مجرتملا تامدخ مدقن انن! 1-800-885-8000 لى لع انب لاصتالا لوس كىلع سىل ، يروف مجرتم لىلع لوصحلل . ان يدل ةيودالا . ةيناجم ةمدخ هذه . كتدعاسمب ةيبرعلل ثدحتي ام صخش موقىس

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

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

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、無料の通サービスがあります。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。これは無料のサービスです。



Si tiene preguntas,
llame al número gratuito

1-800-885-8000, TTY 711

Del 1 de abril al 30 de septiembre:
Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de octubre al 31 de marzo:
Lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

championhmo.com