



CHAMPION
HEALTH PLAN



Manual de inscripción *2024*

Plan 001

Champion Advantage

Plan 002

Champion Connect

Plan 003

Champion Select

Para los condados de Fresno, Los Ángeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego

¿Qué plan es *mejor para usted?*

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

Champion Advantage

Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Condition Special Needs Plans, CSNP) y de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) adecuada para personas con insuficiencia renal terminal que reúnen los requisitos para Medicare pero no para Medicaid¹.

Champion Connect

Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Condition Special Needs Plans, CSNP) y de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) adecuada para personas con insuficiencia renal terminal que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid¹.

Champion Select

Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Condition Special Needs Plans, CSNP) y de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) adecuada para personas con enfermedad renal terminal que no reúnen los requisitos para Medicaid¹ pero sí para Medicare y la Ayuda adicional para medicamentos recetados, también conocida como Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

¹ En California, el programa Medicaid se denomina Medi-Cal.

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 Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare: 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.

Al firmar este formulario, 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 fue sin cita previa)

Firma del agente:

Fecha de realización de la cita:

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR



Resumen de *beneficios*

Champion Health Plan
(HMO C-SNP) H6170-001, H6170-002, H6170-003

Para los condados de Fresno, Los Ángeles, Madera, Orange,
Riverside, San Bernardino y San Diego

Resumen de beneficios 2024

Champion Health Plan H6170-001, H6170-002, H6170-003

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Champion Health Plan es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Condition Special Needs Plans, C-SNP) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato.

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 folleto “Evidencia de cobertura” en www.championhmo.com.

Para inscribirse en **Champion Advantage H6170-001 (HMO C-SNP), Champion Connect H6170-002 (HMO C-SNP) o Champion Select (HMO C-SNP) H6170-003**, debe poder acceder a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, vivir en nuestra área de servicio y tener una insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que requiera diálisis (cualquier modalidad de diálisis). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Fresno, Los Ángeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Salvo en situaciones de emergencia, si recurre a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”** Consúltelo en línea en www.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, 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora estándar del Pacífico (PST), 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 www.championhmo.com.

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
Prima mensual	\$0	\$41	\$41
Deducible del plan anual	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible
Gasto máximo de bolsillo anual (Annual Maximum Out of Pocket, MOOP)	\$5,495	\$8,300	\$4,495

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
Hospitalización	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>20% del costo de los servicios del proveedor de la Parte B</p> <p>\$1,600* de deducible por período de beneficio</p> <p>\$0* para los días 1 a 60.</p> <p>Copago de \$400* por día para los días 61 a 90</p> <p>\$800* de copago por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada periodo de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p> <p>100% de todos los costos más allá de los días de reserva de por vida</p> <p>* Estos son los importes de costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. Champion Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</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>
Hospitales ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC)	<p>Copago de \$100 para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>20% del costo</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>Copago de \$100 para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	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.	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	Copago de \$0
Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital)	Copago de \$100 No se aplica el copago si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$95 No se aplica el copago si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$100 No se aplica el copago si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por un problema de salud relacionado.
Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencia no hospitalario)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas y procedimientos • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiodiagnóstico (como resonancia magnética, tomografía computarizada) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer) 	Copago de \$0 Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.	Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías 20% del costo de los demás servicios Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.	Copago de \$0 Las pruebas y los procedimientos diagnósticos, así como también los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y una derivación.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Adaptación/evaluación de audífonos • Audífono 	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año Copago de \$149 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año Copago de \$150 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos por año Copago de \$150 por audífono (todos los modelos), hasta 2 audífonos cada 3 años

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
<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 con un límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000</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 preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales con un límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000</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 preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Entre el 20% y el 40% del costo de los servicios dentales integrales con un límite de cobertura anual de beneficios de \$3,000</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>Servicios de 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 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 (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina, refracción hasta (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 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>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina, refracción hasta (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>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina, refracción hasta (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 para marcos y lentes, con actualizaciones cada año</p>

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
Hospitalización por salud mental	<p>Copago de \$100 para los días 1 a 10 Copago de \$0 para los días 11 a 60 Copago de \$329 para los días 61 a 90</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>20% del costo de los servicios del proveedor de la Parte B \$1,600* de deducible por período de beneficio \$0* para los días 1 a 60 Copago de \$400* por día para los días 61 a 90 Copago de \$800* por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada periodo de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) 100% de todos los costos más allá de los días de reserva de por vida</p> <p>* Estos son los importes de costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. Champion Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>Copago de \$100 para los días 1 a 10 Copago de \$0 para los días 11 a 60 Copago de \$329 para los días 61 a 90</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>
Salud mental ambulatoria (sesiones individuales y de grupo 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 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 20 Copago de \$196 por día para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</p>
Rehabilitación ambulatoria	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.</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>

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
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>20% del costo</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>	<p>Copago de \$0</p> <p>Viajes ilimitados 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>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>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	0%-20% del costo	0%-20% del costo	0%-20% del costo
Diálisis	Copago de \$30	20% del costo	Copago de \$20
Programa de asistencia para diálisis <ul style="list-style-type: none"> Iniciar el tratamiento de diálisis <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ayuda de relevo para la diálisis domiciliaria 	<p>Copago de \$0</p> <p>Los miembros reciben la visita de un cuidador formado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis domiciliaria.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días al año de administración de diálisis en el hogar para reemplazar al cuidador principal que asiste en los tratamientos de diálisis en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los miembros reciben la visita de un cuidador formado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis domiciliaria.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días al año de administración de diálisis en el hogar para reemplazar al cuidador principal que asiste en los tratamientos de diálisis en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los miembros reciben la visita de un cuidador formado para realizar la punción de la fístula o el injerto y la configuración de la máquina al inicio de los tratamientos de hemodiálisis domiciliaria.</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 días al año de administración de diálisis en el hogar para reemplazar al cuidador principal que asiste en los tratamientos de diálisis en el hogar.</p>

Detalles del plan	Champion Advantage	Champion Connect	Champion Select
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos. 20% del costo de los artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización.	20% del costo Los servicios pueden requerir autorización.	DME, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos. 20% del costo de los artículos de más de \$100 Los servicios pueden requerir autorización.
Artículos de venta libre	Asignación de \$90 cada (3) tres meses Copago de \$0 por balanza y tensiómetro para miembros con diabetes, insuficiencia renal terminal, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica	Asignación de \$200 cada (3) tres meses Copago de \$0 por balanza y tensiómetro para miembros con diabetes, insuficiencia renal terminal, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica	Asignación de \$50 cada (6) seis meses Copago de \$0 por balanza y tensiómetro para miembros con diabetes, insuficiencia renal terminal, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica
Beneficio de alimentos saludables	Sin cobertura	Los miembros que participen en el programa de gestión de la atención recibirán hasta \$50 por mes para productos agrícolas y comestibles. Los servicios pueden requerir autorización.	Los miembros que participen en el programa de gestión de la atención recibirán hasta \$50 por mes para productos agrícolas y comestibles. Los servicios pueden requerir autorización.
Acupuntura y quiropráctica (solo servicios cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	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.	Copago de \$0 Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.
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	Copago de \$0	Copago de \$0

Prescription Drug Coverage

Detalles del plan	Champion Advantage		Champion Connect		Champion Select	
Deducible de la Parte D	Sin deducible	Sin deducible	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)	Sin deducible	Sin deducible
	Farmacia minorista participante	Pedido por correo	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	Suministro de hasta 30 días	Suministro de 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$8	Copago de \$16	25% del costo	25% del costo	25% del costo	25% del costo
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	Copago de \$47	Copago de \$94	25% del costo	25% del costo	25% del costo	25% del costo
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	Copago de \$100	Copago de \$200	25% del costo	25% del costo	25% del costo	25% del costo
Nivel 5: medicamentos de especialidad	33% del costo	El suministro de 100 días no está disponible en el Nivel 5	25% del costo	El suministro de 100 días no está disponible en el Nivel 5	25% del costo	El suministro de 100 días no está disponible en el Nivel 5
Nivel 6: medicamentos de atención selecta	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
	Durante esta fase, usted paga \$0 por los medicamentos de los niveles 1 y 6, y el 25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) por los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.					
Cobertura catastrófica (después de que usted u otros en su nombre paguen \$8,000)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.					
Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina	No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$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.		No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$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, incluso si no ha pagado su deducible.		No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$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.		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. Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información.	

Recursos para *beneficios adicionales*

Más allá de Medicare Original



Visión

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



Dental

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



Transporte

Averigüe cómo aprovechar al máximo su beneficio de transporte.



Productos 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 ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta ahora 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 acude 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 2025.
- 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 Tricare o en un plan de Medicare, dejará de recibir beneficios de ese plan una vez que 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.

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).

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.

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

USD 0 por mes

Champion Connect (HMO C-SNP) 002

USD 41 por mes

Champion Select (HMO C-SNP) 003

USD 41 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

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

¿Qué esperar a *continuación*?

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 tarjeta 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 revisar 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 número 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778 o solicítela por Internet 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 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 ha brindado estos servicios o lo ha discriminado 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, el Servicio de Atención a los Miembros de Champion Health Plan está a su disposición para brindársela. 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. por vía 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 intérprete en varios idiomas

Inglés: 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.

Español: 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.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-885-8000**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 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為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: 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.

Francés: 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.

Vietnamita: 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.

Alemán: 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.

Coreano: 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.

Ruso: 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.

Árabe: لودج وأحصى لابل قلعتت قلىسأى أن عىباجاللى ةىن اجملا يروفلا مچرتملا تامدخ مدقن انن! ان ىدل ةىودألا ىلع انب لاصتالا ىوس كىل عسىل، يروف مچرتم ىلع لوصحلل. ان ىدل ةىودألا ةىن اجم ةمدخ هذە. كىتدعاسمب ةىبرعلا شدحتى ام صخش موقىسى.

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.

Italiano: 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.

Creole francés: 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.

Polaco: 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.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳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.

www.championhmo.com