



Resumen de *beneficios*

Champion Connect Plan
(HMO POS C-SNP) H6170-002

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

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 California: Fresno, Imperial, Kern, Los Ángeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
Prima mensual	\$20.50	\$20.50	\$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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, 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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, 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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, 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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, 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 Medi-Cal, es posible que pague \$0 por sus servicios cubiertos por Medicare

Champion Connect Plan (HMO POS C-SNP) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<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 Medi-Cal, 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 brazaletes 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 brazaletes 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) H6170-002

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
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) H6170-002

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) H6170-002

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 Medi-Cal, 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.



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