

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.

Formulario de inscripción 2025

¿Quién puede utilizar este formulario?

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

Para unirse a un plan, usted 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;

Visite 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 puntos de la Sección 1. Los puntos 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).

¿Qué sucede después?

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 8 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.

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

SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE UNIRSE:

CALIFORNIA

**Champion Advantage
(HMO POS C-SNP) H6170-001**

\$0 por mes

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

\$20.50 por mes

**Champion Select
(HMO POS C-SNP) H6170-003**

\$13.20 por mes

NOMBRE

APELLIDO

Inicial del segundo nombre (opcional)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Dirección física de residencia permanente

(No indique el apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal se puede considerar su dirección de residencia permanente.)

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: _____ - _____ - _____

Número de Medi-Cal: _____

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.

2) ¿Necesita servicios de diálisis?

Sí.

No.

Nombre del centro de diálisis

Dirección del centro de diálisis

Número de teléfono

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 completar los siguientes campos:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Relación con el miembro

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

No está obligado a responder estas preguntas. No le pueden negar la cobertura por no completar estos campos.

¿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. |

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se autopercibe? Seleccione una opción.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

No está obligado a responder estas preguntas. No le pueden negar la cobertura por no completar estos campos.

Seleccione una opción si quiere 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. CD de datos.

Póngase en contacto con Champion Health Plan por teléfono al 1-800-885-8000 si necesita información en un formato accesible que no se haya enunciado arriba. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Indique el nombre de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Médico tratante principal (nefrólogo)

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: _____

Cómo 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.

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Firma: _____

Número Nacional de Productor (solo agentes/corredores): _____

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 con licencia (obligatorio): _____

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.