



# Resumen de *beneficios*

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

---

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](http://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 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](http://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](http://championhmo.com).

## Champion Select Plan (HMO POS C-SNP) H6170-003

| Detalles del plan   | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|------------------|-----------------|
| Prima mensual   | \$13.20          | \$13.20         |
| 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) H6170-003

| Detalles del plan  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|--|---|---|
| Hospitalización  | Copago de \$0<br>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<br>Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria<br>Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios<br>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. | Copago de \$140 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios<br>Copago de \$0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria<br>Copago de \$0 por observación hospitalaria para pacientes ambulatorios<br>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación. |
| Proveedores de atención primaria   | Copago de \$0   | Copago de \$0   |
| Especialistas  | Copago de \$0<br>Es posible que se requiera autorización para todos los servicios excepto los de nefrología.  | Copago de \$0<br>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<br>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<br>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) H6170-003

| Detalles del plan   | Dentro de la red  | Fuera de la red  |
|---|---|--|
| <p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiodiagnóstico (como IRM, TC)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</li> </ul> | <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><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina</li> <li>• Adaptación/evaluación de audífonos</li> <li>• Audífono</li> </ul>  | <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><b>Servicios dentales</b></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) H6170-003

| Detalles del plan   | Dentro de la red   | Fuera de la red  |
|---|--|--|
| <b>Servicios de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de la vista cubierto por Medicare</li> <li>Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare</li> <li>Examen de la vista de rutina</li> <li>Marcos y cristales, o lentes de contacto</li> </ul> | <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> |
| <b>Hospitalización por salud mental</b>   | <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>  | Sin cobertura  |
| <b>Salud mental ambulatoria</b><br>(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>   |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>   | <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>  |
| <b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia física</li> <li>Terapia del lenguaje</li> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>   | <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) H6170-003

| 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><b>Programa de asistencia para diálisis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Apoyo para cuidadores</li> </ul> | <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) H6170-003

| 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<br>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<br>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 brazaletes 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<br>Los servicios pueden requerir autorización y una derivación.   | Copago de \$0<br>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<br>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<br>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) H6170-003

## Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan                           | Dentro de la red   |  |
|---|--|--|
| Deducible de la Parte D                     | Sin deducible  | Sin deducible  |
|   | <b>Farmacia minorista participante</b>   | <b>Pedido por correo</b>   |
| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será:<br>Medicamentos genéricos:<br>Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90<br>Medicamentos de marca:<br>Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 | 25% del costo<br>Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será:<br>Medicamentos genéricos:<br>Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90<br>Medicamentos de marca:<br>Copago de \$0 o \$4.80 o \$12.15 |
| Nivel 5: medicamentos de especialidad       | 25% del costo<br>Si recibe asistencia en virtud del Programa de Ayuda Adicional*, su costo será:<br>Medicamentos genéricos:<br>Copago de \$0 o \$1.60 o \$4.90<br>Medicamentos de marca:<br>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) H6170-003

## Cobertura de medicamentos recetados

| Detalles del plan  | Dentro de la red  |
|--|---|
| <b>Cobertura para casos de catástrofe</b><br><br>(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.  |
| <b>Mensaje importante sobre lo que paga por insulina</b>   | 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.  |
| <b>Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas</b>  | Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.<br>Llame al Servicio de Atención a los Miembros para obtener más información.   |
| <b>*Programa de Ayuda Adicional</b>  | Si tiene Medi-Cal, 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. |



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](http://championhmo.com)**