



Champion Select (HMO-POS C-SNP) es ofrecido por Renal Payer Solutions, Inc. (operamos como Champion Health Plan)

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Champion Select (HMO-POS C-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Champion Select (HMO-POS C-SNP).
- Para cambiar de plan, visite www.Medicare.gov o revise la lista al final de su manual Medicare & You 2026 (*Medicare y Usted 2026*).
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la Evidencia de Cobertura. Obtenga una copia en www.ChampionHMO.com o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo. También puede revisar la Evidencia de Cobertura que se envía por correo por separado para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Inglés.
- Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más hablados por las personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados correspondientes dentro del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidad que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-885-8000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- La información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y cintas de audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente.

Acerca de Champion Select (HMO-POS C-SNP)

- Champion Health Plan es un plan de salud HMO-POS C-SNP con contrato con Medicare. La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato.

- Cuando en este *documento* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Renal Payer Solutions, Inc. (operamos como Champion Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Champion Select (HMO-POS C-SNP).
 - **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Champion Select (HMO-POS C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Champion Select (HMO-POS C-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para hacerlo.
-

Aviso anual de cambios para 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	13
Sección 1.7 – Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
SECCIÓN 3.1 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?.....	18
SECCIÓN 4 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 5 Preguntas	20
Sección 5.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Champion Select (HMO-POS C-SNP)	20
Sección 5.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	20

Resumen de costos importantes para 2026

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener más información.	\$16.10	\$9.50
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 para obtener más información).	Dentro de la red y fuera de la red/POS: \$499	Dentro de la red y fuera de la red/POS: \$499
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por visita	Consultas de atención primaria: \$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas ‡Si tiene todos los beneficios de Medicaid, podría pagar \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.	Consultas a especialistas: \$0 por visita	Consultas a especialistas: \$0 por visita
Hospitalizaciones Incluye servicios de hospitalización aguda, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden médica. El	Dentro de la red: Copago de \$0 por estadía Fuera de la red/POS: Las hospitalizaciones <u>no</u> están cubiertas	Dentro de la red: Copago de \$0 por estadía Fuera de la red/POS: Las hospitalizaciones <u>no</u> están cubiertas.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
día anterior al alta es su último día de hospitalización.		
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más información).	\$0	\$615 para medicamentos de los Niveles 3, 4, y 5 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Vaya a la Sección 1 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago y Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: 25% del coste total • Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 3: 25% del coste total • Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 25% del coste total • Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Copago y Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago Medicamentos de Nivel 3: 25% del coste total Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: 25% del coste total Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: 25% del coste total Usted paga un copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 5: 25% del coste total • Usted paga un copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.	Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$16.10	\$9.50

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	Dentro de la red y fuera de la red/POS:	Dentro de la red y fuera de la red/POS:
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$499	\$499
La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$499 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 (<https://championhmo.com/provider-directories/>) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un directorio de proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web: www.ChampionHMO.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de cobertura.

Sección 1.4 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 (<https://championhmo.com/provider-directories/>) para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.

- Visite nuestro sitio web: www.ChampionHMO.com.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de ambulancia - Ambulancia terrestre	Dentro y fuera de la red/POS: Copago de \$0 para transporte que no sea de emergencia 20% del costo total para todos los demás transportes	Dentro y fuera de la red/POS: 20% del costo total para todos los demás transportes
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico	Los servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico <u>no</u> están cubiertos.	Dentro y fuera de la red/POS: \$0 de copago
Servicios dentales	Dentro de la red: \$0 de copago por hasta 2 consultas de teleodontología al año Fuera de la red/POS: \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare 20% del costo total de servicios dentales preventivos, incluyendo teleodontología 30% - 50% del costo total de servicios dentales integrales	Dentro de la red: \$0 de copago por teleodontología ilimitada Fuera de la red/POS: \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos e integrales <u>no</u> están cubiertos

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de emergencia - Transporte de emergencia a nivel mundial	Copago de \$140 por visita para servicios de emergencia Copago de \$0 para el límite máximo de beneficios de \$10,000 al año, combinados para transporte de emergencia internacional, atención de emergencia internacional y servicios de urgencia. El reembolso no debe exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare.	Copago de \$150 por visita para servicios de emergencia. El transporte de emergencia internacional <u>no</u> está cubierto.
Hospital psiquiátrico para pacientes internados	Dentro de la red: Copago de \$100 por día para los días 1 a 10 Copago de \$0 por los días 11 a 60 Copago de \$329 por día para los días 61 a 90 Fuera de la red/POS: Hospitalización: <u>No</u> se cubre la atención psiquiátrica.	Dentro de la red: Copago de \$100 por día para los días 1 a 10 Copago de \$0 para los días 11 a 90 Fuera de la red/POS: Hospitalización: <u>No</u> se cubre la atención psiquiátrica.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Dentro y fuera de la red/POS: Copago de \$0 para insulinas del Nivel 1 Copago de \$24 para insulinas del Nivel 2	Dentro y fuera de la red/POS: Copago de \$0 para insulinas de los niveles 1, 2 y 6 Copago de \$24 para insulinas de los niveles 3, 4 y 5

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Dentro de la red y fuera de la red/POS: La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre.	Dentro de la red y fuera de la red/POS: La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.
Artículos de venta libre (OTC)	Dentro de la red: Copago de \$0 por una asignación de \$400 cada 3 meses Fuera de la red/Punto de venta Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> están cubiertos	Dentro y fuera de la red/POS: Los artículos de venta libre (OTC) no están cubiertos.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH	Dentro y fuera de la red/POS: La profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH <u>no</u> está cubierta.	Dentro y fuera de la red/POS: Nuevo servicio preventivo de Medicare Copago de \$0
Centro de enfermería especializada	Dentro de la red: Copago de \$214 por día para los días 21 a 100 Fuera de la red/POS: <u>No</u> se cubre el ingreso a un centro de enfermería especializada.	Dentro de la red: Copago de \$218 por día para los días 21 a 100 Fuera de la red/POS: <u>No</u> se cubre el ingreso a un centro de enfermería especializada.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos	Dentro de la red: Copago de \$0 por venopunción para tratamientos de diálisis en el hogar. Fuera de la red: Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos <u>no</u> están cubiertos.	Dentro de la red: Copago de \$0 por una asignación trimestral de \$400 para apoyar la atención de ESRD en medicamentos de venta libre, alimentos saludables y frutas y verduras, y asistencia con los costos de servicios públicos. Copago de \$0 por hasta 76 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si el miembro recibe transporte privado para diálisis, se reembolsa el costo del transporte privado a \$0.67 por milla. Fuera de la red: Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos <u>no</u> están cubiertos.
Apoyo para cuidadores	Dentro y fuera de la red/POS: \$0 de copago por hasta 12 días de tratamientos de diálisis en el hogar o 12 períodos de cobertura de cuidados paliativos de 4 horas por año.	Dentro y fuera de la red/POS: Copago de \$0 por cuidado de relevo para cuidadores hasta 12 veces al año

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Transporte (de rutina)	Dentro y fuera de la red/POS: Copago de \$0 por hasta 100 viajes de ida. Si el miembro recibe transporte privado para los servicios de diálisis, el transporte privado puede reembolsarse a \$0.60 por milla.	Dentro y fuera de la red/Punto de Venta: Copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida. No hay reembolso para conductores privados.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Sección 1.7 – Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso. Hemos enviado un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **tres etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible Anual**

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura Inicial**

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Generalmente, permanece en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos acumulados alcance los \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura Catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

Etapas	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.	\$615 Durante esta etapa, paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos del Nivel 2, su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial cambia de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consúltelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno. Para obtener más información sobre el costo de las vacunas, un suministro a largo plazo o recetas médicas por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Etapa	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos Preferidos:	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos:	25% del costo total Usted paga un copago de \$20 por cada suministro mensual de insulina cubierta en este nivel.	\$0 de copago
Nivel 3: Marca Preferida:	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 4: Marca No Preferida:	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5: Especialidad:	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 6: Medicamentos Select Care:	Usted paga un copago de \$20 por cada suministro mensual de insulina cubierta en este nivel. \$0 de copago	Usted paga un copago de \$35 por cada suministro mensual de insulina cubierta en este nivel. \$0 de copago
Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consúltelos en la Lista de Medicamentos.		

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 *de su Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Elegibilidad para Champion Select (HMO-POS C-SNP)	Para ser elegible para nuestro plan, debe tener un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (cualquier modo de diálisis)	Para ser elegible para nuestro plan, debe tener un diagnóstico de enfermedad renal crónica, esto incluye enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (cualquier modo de diálisis)
Plan de pago de recetas de Medicare	El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Champion Select (HMO-POS C-SNP).

Si desea cambiarse de plan, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Champion Select (HMO-POS C-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Champion Select (HMO-POS C-SNP).

- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta.** Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual Medicare & You 2026, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Champion Health Plan of California, Inc. (que opera como Champion Health Plan) ofrece otros planes de salud y de medicamentos de Medicare. Estos planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales y montos de costo compartido.

SECCIÓN 3.1 Plazo para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden cambiar su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

SECCIÓN 3.2 ¿Hay otras épocas del año para realizar un cambio?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen:

- Tiene Medicaid
- Recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos
- Tiene la cobertura de un empleador o va a dejarla
- Se traslada fuera del área de servicio.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o

más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nevada tiene un programa denominado Nevada Senior & Disability Rx Program (<https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/>) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
 - **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Nevada Medication Assistance Program (NMAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-888-475-3129 (TTY: 711). Asegúrese, al llamar, de informarles el nombre o el número de póliza de su plan Medicare Parte D.
 - **El plan de pago de recetas de Medicare.** El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2026. Esta nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-885-8000 (TTY: 711) o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 5 Preguntas

Sección 5.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Champion Select (HMO-POS C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-885-8000. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026* para Champion Select (HMO-POS C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Nevada, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Nevada (SHIP).

Llame a SHIP para obtener asesoría gratuita y personalizada sobre seguros médicos. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Nevada SHIP al 1-800-307-4444. Para obtener más información sobre Nevada SHIP, visite https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/.

Sección 5.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Chat en vivo con www.Medicare.gov

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

Escriba a Medicare

Puede escribir a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Leer *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*)

Lea el manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.