



# Guía de inscripción 2026



Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) H6170-001  
Champion Connect (HMO-POS C-SNP) H6170-002  
Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6170-003

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

# ¿Cuál es el plan *adecuado para usted?*

En esta guía, hay tres planes diferentes de beneficios de seguro de salud.

## **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP)**

Un plan Medicare Advantage de necesidades especiales para enfermedades crónicas de Organización para el Mantenimiento de la Salud con cobertura de medicamentos recetados y opción de punto de servicio (HMO-POS C-SNP), ideal para personas con enfermedad renal crónica (ERC), incluidas aquellas bajo tratamiento de diálisis, que califican para Medicare pero que **no califican para Medi-Cal**.

## **Champion Connect (HMO-POS C-SNP)**

Un plan Medicare Advantage de necesidades especiales para enfermedades crónicas de Organización para el Mantenimiento de la Salud con cobertura de medicamentos recetados y opción de punto de servicio (HMO-POS C-SNP), ideal para personas con enfermedad renal crónica (ERC), incluidas aquellas bajo tratamiento de diálisis, que **califican para Medicare y también pueden recibir asistencia de Medi-Cal**.

## **Champion Select (HMO-POS C-SNP)**

Un plan Medicare Advantage de necesidades especiales para enfermedades crónicas de Organización para el Mantenimiento de la Salud con cobertura de medicamentos recetados y opción de punto de servicio (HMO-POS C-SNP), ideal para personas con enfermedad renal crónica (ERC), incluidas aquellas bajo tratamiento de diálisis, que **califican para Medicare y el programa de Ayuda Adicional de Medicare para Medicamentos Recetados, también conocido como Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), pero no califican para Medi-Cal**.

## Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de mercadotecnia antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar que se comprenda lo que se tratará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales a continuación junto al tipo de producto que desea que el agente trate.

### **Planes Medicare Advantage (HMO, HMO-POS, HMO C-SNP):**

Estos planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, y todos incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (MAPD). Algunos planes están diseñados para personas con necesidades específicas, como aquellas que padecen enfermedades crónicas (planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas o C-SNP).

#### ☐ **Medicare Advantage HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud):**

Debe atenderse con médicos, hospitales y otros proveedores que estén dentro de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Debe elegir un médico de atención primaria y es posible que deba obtener derivaciones para consultar a especialistas.

☐ **Planes Medicare Advantage POS (Punto de Servicio) (HMO-POS):** Estos planes combinan características de los planes HMO con cierta cobertura fuera de la red. Usted selecciona un médico de atención primaria dentro de la red y puede consultar a proveedores fuera de la red para servicios y coberturas específicos. Es posible que tenga diferentes costos compartidos al atenderse con proveedores fuera de la red. Algunos planes C-SNP incluyen una opción de POS que permite cierto nivel de acceso a proveedores fuera de la red. Esta opción solo está disponible para los planes Champion HMO-POS asociados con sus C-SNP para ERC/ERT.

#### ☐ **Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (HMO C-SNP):**

Estos planes están diseñados para personas con enfermedades crónicas específicas, como enfermedad renal crónica (ERC), incluso enfermedad renal terminal (ERT), diabetes o enfermedad cardíaca, ICC, EAC, o arritmias cardíacas, o problemas de salud conductual como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor o trastornos psicóticos recurrentes, paranoicos y de otro tipo. Adaptan los beneficios, las opciones de proveedores y los formularios de medicamentos para satisfacer mejor las necesidades específicas del grupo al que sirven. Algunos planes C-SNP incluyen una opción de POS que permite cierto nivel de acceso a proveedores fuera de la red. Es posible que tenga diferentes costos compartidos al atenderse con proveedores fuera de la red.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

# Alcance del formulario de confirmación de cita de ventas (Cont.)

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas autorizado para tratar los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que tratará los productos con usted está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el Gobierno Federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma:	
Firma:	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	
Su relación con el beneficiario:	

## Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:	NPN del agente:
Número de teléfono del agente:	Correo electrónico del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario: <i>(opcional)</i>	
Método inicial de contacto: <i>(Indique aquí si el candidato se presentó sin cita previa)</i>	
Firma del agente:	Fecha de la cita Completado:

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR





# Resumen de *Beneficios*

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

---

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

# Resumen de Beneficios 2026



## Champion Health Plan

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el folleto “Evidencia de cobertura” en [championhmo.com](http://championhmo.com).

Para unirse a **Champion Advantage (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 padecer enfermedad renal crónica (ERC), incluso enfermedad renal terminal (ERT), con cualquier modalidad de diálisis. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Al ser un plan de Punto de Servicio (POS), usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan, pero esto podría tener un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, ni 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 “Medicare y usted” actual. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) o recibir una copia si llama 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 gratis al 1-800-885-8000 del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST). También puede visitarnos en [championhmo.com](http://championhmo.com).

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual	\$0	\$0
Deducible del plan anual	Sin deducible	Sin deducible
Desembolso máximo anual (MOOP)	\$499	\$499



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Internación hospitalaria	Copago de \$0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	No cubierto
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (ASC)	Copago de \$100 por consulta de servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria ambulatoria Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	Copago de \$100 por consulta de servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria ambulatoria Los servicios podrían requerir autorización y referencia.
Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	Copago de \$0 Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.	Copago de \$0 Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.
Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital)	Copago de \$150 El copago no se paga si la persona ingresa al hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$150 El copago no se paga si la persona ingresa al hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.
Atención de emergencia en todo el mundo		Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención urgente necesaria en todo el mundo.
Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencias no hospitalario)	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de urgencia necesaria en todo el mundo		Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia en todo el mundo.

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina y adaptación/ evaluación de audífonos</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/ evaluación de audífonos cada año</p> <p>Copago de \$149 por cada audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para atención dental integral</p> <p>Límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Los servicios dentales preventivos e integrales no tienen cobertura fuera de la red.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de la vista</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 lentes, o lentes de contacto</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluye el examen de detección anual de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos [lentes y marcos]) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina; examen de refracción hasta (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 para marcos, lentes y actualizaciones cada año</p>	No cubierto
<b>Salud mental para pacientes hospitalizados</b>	<p>Copago de \$100 por los días 1 a 10</p> <p>Copago de \$0 por los días 11 a 90</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b> (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>Copago de \$0 por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$218 por los días 21 a 100</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Terapia del habla</li> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de ambulancia	<p>20% del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>	<p>20% del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>
Transporte	<p>Copago de \$0</p> <p>24 viajes de ida a centros relacionados con la atención médica aprobados por el plan</p>	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Del 0% al 20% del costo</p> <p>No tendrá un copago de más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p>	<p>Del 0% al 20% del costo</p> <p>No tendrá un copago de más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p>
Diálisis	Copago de \$0	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted es elegible para un reembolso del 80% de la tarifa de Medicare hasta un máximo de \$25,000 al año por servicios de diálisis que reciba en México.</p>
Equipo médico duradero (EMD)	<p>EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos</p> <p>20% del costo para artículos de más de \$100</p> <p>Los servicios podrían necesitar autorización.</p>	<p>EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos</p> <p>20% del costo para artículos de más de \$100</p> <p>Los servicios podrían necesitar autorización.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Atención de personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT)</b></p> <p><b>Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Beneficios para servicios públicos / Transporte</b></p>	<p>Asignación de \$330 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una tarjeta de débito para usar en artículos de venta libre, alimentos y productos saludables y asistencia para pagar los costos de los servicios públicos. El saldo restante no se transfiere al trimestre siguiente. Los miembros elegibles también reciben hasta 76 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	No cubierto
<p><b>Acupuntura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de acupuntura cubierto por Medicare</li> </ul>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p><b>Quiropráctica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p><b>Servicios de podología</b> (solo servicios cubiertos por Medicare)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Hospicio</b>	Cubierto por Medicare Original	Cubierto por Medicare Original
<b>Servicio de relevo</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta 12 sesiones al año.</p>	No cubierto

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	Copago de \$0	No cubierto
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit	Copago de \$0 por recibir hasta \$35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico	No cubierto
Tecnologías de acceso remoto (incluye las tecnologías basadas en la web/el teléfono y la línea directa de enfermería)	Copago de \$0 Tiene acceso a un centro de llamadas de nefrología especializado, disponible las 24 horas y los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está creado para ayudar a los miembros con problemas relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ERT) que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, que podrían tener preguntas, inquietudes y dudas sobre otros recursos relacionados con la atención de diálisis para pacientes con ERT.	No cubierto
Examen físico anual	Copago de \$0 por un (1) examen anual	Copago de \$0 por un (1) examen anual
Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño	Copago de \$0 por brindar una silla para la ducha	No cubierto
Educación para la salud	Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud	No cubierto



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

Cobertura de medicamentos recetados		
Detalles del plan	Dentro de la red	
Deducible de la Parte D	Sin deducible	
	<b>Farmacia minorista participante</b>	<b>Pedido por correo</b>
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$3	Copago de \$6
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% del costo	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de cuidado especializado	Copago de \$0	Copago de \$0
Cobertura catastrófica (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos.	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina	<p>En las farmacias minoristas, no pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. No pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5.</p> <p>Para pedidos por correo, no pagará más de \$40 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. Los suministros de insulina a largo plazo del Nivel 5 no están disponibles mediante la opción de pedido por correo.</p>	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas	<p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p>	
<b>*Programa de Ayuda Adicional</b>	<p>Si cumple con los límites de bajos ingresos a nivel federal, usted califica para el programa de Ayuda Adicional que ayuda a las personas con los costos compartidos de la Parte D, incluidos los deducibles. Podría pagar \$0 por su prima de la Parte D, su deducible y no más que los montos del subsidio por bajos ingresos para todos sus medicamentos de la Parte D.</p>	



# Resumen de *Beneficios*

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

---

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

# Resumen de Beneficios 2026



## Champion Health Plan

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el folleto “Evidencia de cobertura” en [championhmo.com](http://championhmo.com).

Para unirse a **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, padecer enfermedad renal crónica (ERC), incluso enfermedad renal terminal (ERT), y estar bajo tratamiento con cualquier modalidad de diálisis. Este plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que califican para Medi-Cal y no reciben un tipo de atención a nivel institucional (atención a largo plazo). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Al ser un plan de Punto de Servicio (POS), usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan, pero esto podría tener un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, ni 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 “Medicare y usted” actual. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) o recibir una copia si llama 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 gratis al 1-800-885-8000 del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST). También puede visitarnos en [championhmo.com](http://championhmo.com).

## Champion Connect (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	\$0	\$0	\$0 (con Ayuda Adicional)
Deducible	Sin deducible del plan Deducible de \$257 de la Parte B. (Este es el monto correspondiente a 2025. El plan actualizará esta información en su sitio web una vez que se publique el monto correspondiente a 2026).	Sin deducible del plan Deducible de \$257 de la Parte B. (Este es el monto correspondiente a 2025. El plan actualizará esta información en su sitio web una vez que se publique el monto correspondiente a 2026).	Sin deducible \$0 para el deducible de la Parte B

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
Desembolso máximo anual de bolsillo (MOOP)	\$9,250	\$9,250	\$0
Internación hospitalaria	<p>\$1,676* Deducible por período de beneficio cubierto por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los días 1 a 60</p> <p>Copago de \$419 por los días 61 a 90</p> <p>Copago de \$838 por cada día de reserva que puede usar a lo largo de su vida después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p> <p>100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida</p> <p>*Estos son montos de costos compartidos para 2025 y en 2026 pueden cambiar. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2026.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto	<p>\$0</p> <p>*Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (ASC)	<p>20% del costo para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>20% del costo para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>20% del costo para observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>20% del costo para servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria</p> <p>20% del costo para observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>*Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	20% del costo Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.	20% del costo Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.	Copago de \$0 †Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. Podría requerirse autorización.
Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital)	Copago de \$115 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$115 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$0 †Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.
Atención de emergencia en todo el mundo		Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención urgente necesaria en todo el mundo.	



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<b>Servicios de atención de urgencia</b> (centro de atención de urgencias no hospitalario) <b>Atención de urgencia necesaria en todo el mundo</b>	Copago de \$0	Copago de \$0  Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia en todo el mundo.	Copago de \$0
<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías 20% <sup>†</sup> del costo para el resto de los servicios  Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.	Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías 20% <sup>†</sup> del costo para el resto de los servicios  Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.	Copago de \$0 por servicios de laboratorio y radiografías Copago de \$0 para el resto de los servicios <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare. Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina y adaptación/evaluación de audífonos</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año  Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año  Copago de \$149 por cada audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare  Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año  Copago de \$149 por cada audífono dentro de la red (todos los modelos); hasta 2 audífonos cada 3 años	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año  Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año  Copago de \$149 por cada audífono dentro de la red (todos los modelos); hasta 2 audífonos cada 3 años



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<b>Servicios dentales</b>	<p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.</p>	Los servicios dentales preventivos e integrales no tienen cobertura fuera de la red.	<p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales combinados dentro de la red tienen un límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Servicios de la vista</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 lentes</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos [lentes y marcos]) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina</p> <p>Asignación de \$500 para anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones cada año.</p>	No cubierto	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos [lentes y marcos]) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina</p> <p>Asignación de \$500 para anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones cada año.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
Salud mental para pacientes hospitalizados	<p>Deducible de \$1,676 por período de beneficio</p> <p>\$0 para los días 1 a 60</p> <p>Copago de \$419 por los días 61 a 90</p> <p>Copago de \$838 por cada día de reserva que puede usar a lo largo de su vida después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p> <p>100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida</p> <p>Estos son montos de costo compartido para 2025 y en 2026 pueden cambiar. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2026.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto	<p>Copago de \$0</p> <p><sup>†</sup>Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
Servicios ambulatorios de salud mental (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>Copago de \$0 por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$218 por los días 21 a 100</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 100</p> <p><sup>†</sup>Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla</li> <li>• Terapia ocupacional</li> </ul>	<p>20% del costo para servicios de fisioterapia y terapia del habla</p> <p>Copago de \$0 para servicios de terapia ocupacional</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>20% del costo para servicios de fisioterapia y terapia del habla</p> <p>Copago de \$0 para servicios de terapia ocupacional</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>20%<sup>†</sup> del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$125 para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>	<p>20%<sup>†</sup> del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$125 para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p><sup>†</sup>Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>
<b>Transporte</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>36 viajes de ida a lugares aprobados por el plan</p>	<p>No cubierto</p>	<p>Copago de \$0</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p>20%<sup>†</sup> del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p>	<p>20%<sup>†</sup> del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días</p>	<p>Copago de \$0</p> <p><sup>†</sup>Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
Diálisis	Copago de \$0	20% <sup>†</sup> del costo  Usted es elegible para un reembolso del 80% de la tarifa de Medicare hasta un máximo de \$25,000 al año por servicios de diálisis que reciba en México.	Copago de \$0  <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (EMD)	EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos  20% del costo para artículos de más de \$100  Los servicios podrían necesitar autorización.	EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos  20% del costo para artículos de más de \$100  Los servicios podrían necesitar autorización.	Copago de \$0  <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.  Los servicios podrían necesitar autorización.

## Champion Connect (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>Atención de personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT)</p> <p>Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Beneficios para servicios públicos / Transporte para sesiones de diálisis</p>	<p>Asignación de \$505 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una tarjeta de débito para usar en artículos de venta libre, alimentos y productos saludables y asistencia para pagar los costos de los servicios públicos. El saldo restante no se transfiere al trimestre siguiente. Los miembros elegibles también reciben hasta 132 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>Asignación de \$505 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una tarjeta de débito para usar en artículos de venta libre, alimentos y productos saludables y asistencia para pagar los costos de los servicios públicos. El saldo restante no se transfiere al trimestre siguiente. Los miembros elegibles también reciben hasta 132 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<b>Acupuntura</b> • Servicio de acupuntura cubierto por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Quiropráctica</b> • Atención quiropráctica cubierta por Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Servicios de podología</b> (solo servicios cubiertos por Medicare)	20% <sup>†</sup> del costo <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.	20% <sup>†</sup> del costo <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.	Copago de \$0 <sup>†</sup> Si tiene todos los beneficios de Medi-Cal, usted no tendría que pagar nada (\$0) por los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Hospicio</b>	Cubierto por Medicare Original	Cubierto por Medicare Original	Cubierto por Medicare Original
<b>Servicio de relevo</b>	Copago de \$0 Hasta 12 sesiones al año.	No cubierto	
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)</b>	Copago de \$0	No cubierto	
<b>Beneficio de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit</b>	Copago de \$0 por recibir hasta \$35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico	No cubierto	



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red	Su costo con Medicare y Medi-Cal
<b>Tecnologías de acceso remoto</b> (incluye las tecnologías basadas en la web/el teléfono y la línea directa de enfermería)	Copago de \$0 Tiene acceso a un centro de llamadas de nefrología especializado, disponible las 24 horas y los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está creado para ayudar a los miembros con problemas relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ERT) que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, que podrían tener preguntas, inquietudes y dudas sobre otros recursos relacionados con la atención de diálisis para pacientes con ERT.	No cubierto	
<b>Examen físico anual</b>	Copago de \$0 por un (1) examen anual	Copago de \$0 por un (1) examen anual	
<b>Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño</b>	Copago de \$0 por brindar una silla para la ducha	No cubierto	
<b>Educación para la salud</b>	Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud	No cubierto	

# Champion Connect (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 (subsidio para hogares de bajos ingresos)*	
Deducible de la Parte D	Deducible de \$615 (no aplica para los Niveles 1, 2 y 6)		Copago de \$0	
	<b>Farmacia minorista participante</b>	<b>Pedido por correo</b>	<b>Farmacia minorista participante</b>	<b>Pedido por correo</b>
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	25% del costo	25% del costo	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$3.20 o \$10.20 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$9.80 o \$25.30
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido	25% del costo	25% del costo	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$3.20 o \$10.20 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$9.80 o \$25.30
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% del costo	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de cuidado especializado	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	

Cobertura de medicamentos recetados		
Detalles del plan	Dentro de la red	Su costo con Ayuda Adicional
<b>Cobertura catastrófica</b> (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	
<b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina</b>	No pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los Niveles 1, 2, 3, 4 y 6, y no pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5, aunque no haya pagado su deducible.	Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30  Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95
<b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas</b>	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada, aunque no haya pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.	
<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, que incluyen los deducibles. Podría pagar \$0 por su prima de la Parte D, su deducible y no más que los montos del subsidio por bajos ingresos para todos sus medicamentos de la Parte D.	



# Resumen de *Beneficios*

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

---

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

# Resumen de Beneficios 2026



## Champion Health Plan

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte el folleto “Evidencia de cobertura” en [championshipmo.com](http://championshipmo.com).

Para unirse a **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, padecer enfermedad renal crónica (ERC), incluso enfermedad renal terminal (ERT), y estar bajo tratamiento con cualquier modalidad de diálisis. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Al ser un plan de Punto de Servicio (POS), usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan, pero esto podría tener un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, ni 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 “Medicare y usted” actual. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) o recibir una copia si llama 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 gratis al 1-800-885-8000 del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST). También puede visitarnos en [championhmo.com](http://championhmo.com).

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual	\$8.40	\$8.40
Deducible del plan anual	Sin deducible	Sin deducible
Desembolso máximo anual (MOOP)	\$499	\$499



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Internación hospitalaria	\$0 por hospitalización Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	No cubierto
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (ASC)	Copago de \$100 por servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria ambulatoria Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	Copago de \$100 por servicios hospitalarios ambulatorios Copago de \$0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$0 por observación hospitalaria ambulatoria Los servicios podrían requerir autorización y referencia.
Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	Copago de \$0 Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.	Copago de \$0 Podría requerirse autorización para todos los servicios, excepto para nefrología.
Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital)	Copago de \$150 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.	Copago de \$150 No se cobra el copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.
Atención de emergencia en todo el mundo		Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención urgente necesaria en todo el mundo.
Servicios de atención de urgencia (centro de atención de urgencias no hospitalario)	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de urgencia necesaria en todo el mundo		Copago de \$0 con un límite máximo de \$100,000 para el beneficio de atención en todo el mundo, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia en todo el mundo.



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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina y adaptación/ evaluación de audífonos</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare cada año</p> <p>Copago de \$0 por un examen de rutina y una adaptación/ evaluación de audífonos cada año</p> <p>Copago de \$149 por cada audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Copago de \$0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales</p> <p>Límite de cobertura de beneficios anuales de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> <p>Los servicios dentales integrales podrían necesitar autorización y una referencia</p>	<p>Los servicios dentales preventivos e integrales no tienen cobertura fuera de la red.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de la vista</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 lentes</li> </ul>	<p>Copago de \$0 para un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluye el examen de detección anual de glaucoma)</p> <p>Copago de \$0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas</p> <p>Copago de \$0 por (1) examen de la vista de rutina; examen de refracción hasta (1) por año</p> <p>Asignación de \$335 para marcos, lentes y actualizaciones cada año</p>	No cubierto
<b>Salud mental para pacientes hospitalizados</b>	<p>Copago de \$100 por los días 1 a 10</p> <p>Copago de \$0 por los días 11 a 90</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b> (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>Copago de \$0 por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$218 por día para los días 21 a 100</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	No cubierto
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Terapia del habla</li> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de ambulancia	<p>20% del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>	<p>20% del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 o \$125 del costo para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.</p> <p>Podría requerirse autorización para servicios que no sean de emergencia.</p>
Transporte	<p>Copago de \$0</p> <p>24 viajes de ida a centros relacionados con la atención médica aprobados por el plan</p>	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Del 0% al 20% del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días.</p>	<p>Del 0% al 20% del costo</p> <p>No paga más de \$24 por un suministro de insulina para 30 días.</p>
Diálisis	Copago de \$0	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted es elegible para un reembolso del 80% de la tarifa de Medicare hasta un máximo de \$25,000 al año por servicios de diálisis que reciba en México.</p>
Equipo médico duradero (EMD)	<p>EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos</p> <p>20% del costo para artículos de más de \$100</p> <p>Los servicios podrían necesitar autorización.</p>	<p>EMD, prótesis y suministros médicos: \$0 para artículos de \$100 o menos</p> <p>20% del costo para artículos de más de \$100</p> <p>Los servicios podrían necesitar autorización.</p>

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención de personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT)</p> <p>Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Beneficios para servicios públicos / Transporte para sesiones de diálisis</p>	<p>Asignación de \$400 cada (3) meses</p> <p>Los miembros elegibles tienen un copago de \$0 por una asignación trimestral para usar en alimentos y productos saludables, artículos de venta libre, productos de bienestar y/o asistencia con los servicios públicos. El beneficio no se transfiere al siguiente período. Los miembros elegibles también reciben hasta 76 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de \$0.67 por milla.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	No cubierto
<p><b>Acupuntura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de acupuntura cubierto por Medicare</li> </ul>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p><b>Quiropráctica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p><b>Servicios de podología</b> (solo servicios cubiertos por Medicare)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios podrían requerir autorización y referencia.</p>
<b>Hospicio</b>	Cubierto por Medicare Original	Cubierto por Medicare Original
<b>Servicio de relevo</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta 12 sesiones al año.</p>	No cubierto

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

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	Copago de \$0	No cubierto
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit	Copago de \$0 por recibir hasta \$35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico	No cubierto
Tecnologías de acceso remoto (incluye las tecnologías basadas en la web/el teléfono y línea directa de enfermería)	Copago de \$0 Tiene acceso a un centro de llamadas de nefrología especializado, disponible las 24 horas y los 7 días de la semana, atendido por nefrólogos autorizados, que está creado para ayudar a los miembros con problemas relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ERT) que podrían necesitar diagnóstico y tratamiento, que podrían tener preguntas, inquietudes y dudas sobre otros recursos relacionados con la atención de diálisis para pacientes con ERT.	No cubierto
Examen físico anual	Copago de \$0 por un (1) examen anual	Copago de \$0 por un (1) examen anual
Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño	Copago de \$0 por brindar una silla para la ducha	No cubierto
Educación para la salud	Copago de \$0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud	No cubierto

## Cobertura de medicamentos recetados

Detalles del plan	Dentro de la red	
Deducible de la Parte D	Deducible de \$615 (no aplica para los Niveles 1, 2 y 6)	
	<b>Farmacia minorista participante</b>	<b>Pedido por correo</b>
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo del copago será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo del copago será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$3.20 o \$10.20 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$9.80 o \$25.30
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$3.20 o \$10.20 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$9.80 o \$25.30
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de \$0 o \$4.80 o \$15.30 Medicamentos de marca: Copago de \$0 o \$14.70 o \$37.95	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de cuidado especializado	Copago de \$0	Copago de \$0

Cobertura de medicamentos recetados	
Detalles del plan	Dentro de la red
<b>Cobertura catastrófica</b> (después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
<b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina</b>	<p>En las farmacias minoristas, no pagará más de \$20 por un suministro para un mes o \$60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. No pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5, aunque no haya pagado su deducible.</p> <p>Para pedidos por correo, no pagará más de \$40 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. Los suministros de insulina a largo plazo del Nivel 5 no están disponibles mediante la opción de pedido por correo.</p>
<b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas</b>	<p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p>
<b>*Programa de Ayuda Adicional</b>	Si cumple con los límites de bajos ingresos a nivel federal, usted califica para el programa de Ayuda Adicional que ayuda a las personas con los costos compartidos de la Parte D, incluidos los deducibles. Podría pagar \$0 por su prima de la Parte D, su deducible y no más que los montos del subsidio por bajos ingresos para todos sus medicamentos de la Parte D.



# Recursos para *beneficios adicionales*

## Opciones de cobertura que complementan o reemplazan Medicare Original



### Atención de la vista

Reciba atención de la vista de rutina, que incluye exámenes y anteojos, a través de EyeMed.



### Atención dental

Cobertura a través de Delta Dental para que usted y sus dientes estén saludables.



### Transporte

Descubra cómo aprovechar al máximo su beneficio de transporte.



### Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Servicios públicos

Usted es elegible para la entrega de alimentos saludables si participa en un programa de gestión de atención. También podrá elegir entre productos y beneficios del catálogo de venta libre que han sido especialmente seleccionados por un nefrólogo para que le sirvan de ayuda.



### Telesalud

Con Champion Health Plan usted puede ponerse en contacto con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; una excelente opción para recibir atención de urgencia, conectarse con especialistas y más.



### Audición

La mayoría de los planes ofrecen exámenes de audición y audífonos a través de TruHearing.



### Alerta personal

Un sistema personal de respuesta a emergencias proporciona ayuda con solo presionar un botón.



### Acondicionamiento físico

Manténgase activo con las membresías de gimnasios y los reembolsos de clases de acondicionamiento físico que ofrecen la mayoría de los planes a través del programa Silver&Fit.



### Relevo

Algunos planes ofrecen cuidados de relevo a través de The Helper Bees para conectar a los miembros con servicios de asistencia a corto plazo en el hogar.

Los beneficios varían según el plan. Consulte su evidencia de cobertura para conocer su cobertura.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-800-885-8000, TTY 711 y hablar con un representante de servicio al cliente.

### Conozca sus beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [championhmo.com/member/plan-documents](http://championhmo.com/member/plan-documents) o llame al 1-800-885-8000, TTY 711 para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora formen parte de la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado forme parte de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprenda las normas más importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si tiene Tricare o un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

### Solo para planes de necesidades especiales

- ☐ Este es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que padece una enfermedad crónica grave o incapacitante específica que califique.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de inscripción 2026

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

### Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario).
- La Parte B de Medicare (seguro médico).

### ¿Cuándo utilizo este formulario?

#### Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a la fecha en la que obtuvo Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el período 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 sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a: Champion Health Plan

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, 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 unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

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 válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión 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 material con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier material que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación de datos (según lo indicado en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional)

**SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:**
**CALIFORNIA**
☐ **Champion Advantage  
(HMO-POS C-SNP) 001**
**Prima mensual de \$0**
☐ **Champion Connect  
(HMO-POS C-SNP) 002**
**Prima mensual de \$0**
☐ **Champion Select  
(HMO-POS C-SNP) 003**
**Prima mensual de \$8.40**
☐ **Champion Ally (HMO) 007**
**Prima mensual de \$0**
☐ **Champion Care (HMO C-SNP) 008**
**Prima mensual de \$0**
☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**
**Prima mensual de \$12**
☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
**Prima mensual de \$12**
**Nombre**
**Apellido**
**M.I. (Opcional)**



**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Sexo**

☐
**Masculino**
☐
**Femenino**
**Número de teléfono**
**Número de teléfono móvil**



☐ Al proporcionar su número de teléfono, usted acepta recibir llamadas y/o mensajes de texto de Champion Health Plan para fines relacionados con su atención médica, incluso información sobre beneficios, coordinación de atención y servicios del plan de salud. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Puede cancelar su suscripción en cualquier momento. Para ello, responda un mensaje con la palabra STOP.

**Dirección de residencia permanente**

(No introduzca un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente).

**Ciudad**
**Condado (opcional)**
**Estado**
**Código postal**




**Dirección postal si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales)**
**Dirección**
**Ciudad**
**Estado**
**Código postal**

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR



## 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 de Champion Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura

Número de miembro para esta cobertura



Número de grupo para esta cobertura

**LA SIGUIENTE SECCIÓN SOLO DEBE COMPLETARSE SI ELIGE UN PLAN C-SNP.**

**Para inscribirse en algunos de los planes enumerados anteriormente, usted debe padecer ciertas enfermedades crónicas.**

- 1) ¿Necesita servicios de diálisis? ☐ Sí ☐ No

Nombre del centro de diálisis

Dirección del centro de diálisis



Número de teléfono

- 2) ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (Marque todas las que correspondan):

☐

Enfermedad Cardiovascular

☐

Trastorno Bipolar

☐

Enfermedad Arterial Coronaria (Eac)

☐

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

☐

Trastorno Depresivo Mayor

☐

Arritmias Cardíacas

☐

Diabetes

☐

Trastornos Paranoides

☐

Enfermedad Renal Crónica

☐

Esquizofrenia

☐

Insuficiencia Cardíaca Crónica (Icc)

☐

Enfermedad Renal En Fase Terminal

☐

Trastorno Esquizoafectivo

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Champion Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Champion Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Champion Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Champion Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Champion Health Plan e incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Champion Health Plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado firma esta solicitud (como se describe anteriormente), la firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar la inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

**Firma del afiliado**

**Fecha de hoy**



*Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y completar estos campos:*

**Nombre**

**Dirección**



**Número de teléfono**

**Relación con el afiliado**

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

**Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.**

☐ Español

**Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.**

☐ Braille

☐ Letra grande

☐ CD de audio

☐ CD de datos

Comuníquese con Champion Health Plan al 1-800-885-8000 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

**¿Usted trabaja?** ☐ Sí ☐ No **¿Su cónyuge trabaja?** ☐ Sí ☐ No

**Detalle su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:**

**Los solicitantes que se inscriban en Champion Advantage 001, Champion Connect 002 o Champion Select 003 deben indicar su nefrólogo tratante principal. Los solicitantes que se inscriban en Champion Plus 010 deben indicar su psiquiatra tratante principal:**

**Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.**

☐ Evidencia de Cobertura (EOC)

☐ Directorio de proveedores/farmacias

☐ Formulario

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes.

También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague el IRMAA de la Parte D a Champion Health Plan.

### Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de productor nacional (solo agentes/corredores): \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal/corredor (si ayudó en la inscripción): \_\_\_\_\_

NPN del agente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

AEP: \_\_\_\_\_ ICEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_

Fecha de recepción del agente: \_\_\_\_\_

Firma del agente de ventas autorizado (obligatorio): \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de gestión de casos de Bridge

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Nombre del nuevo afiliado			
¿El afiliado recibe hemodiálisis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿El afiliado recibe diálisis peritoneal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Si su respuesta es no a ambas preguntas anteriores, no complete este formulario y avance a la Evaluación de riesgos para la salud.</b>			
Nombre del centro de diálisis			
Dirección del centro de diálisis			
	Ciudad		Código postal
Número de teléfono del centro de diálisis			
Programa de tratamiento de diálisis	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> N/A Tiempo de tratamiento: _____		
¿El afiliado necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿el afiliado tiene algún requisito especial, como silla de ruedas, camilla, servicio puerta a puerta o servicio de acera a acera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enumerar:

**Además de su nefrólogo,**

**¿qué otra atención de rutina recibe o qué otros proveedores lo atienden?**

Enumere todas las opciones que correspondan: especialistas, salud a domicilio, equipos/suministros médicos, etc. Nos pondremos en contacto con ellos para solicitarles que continúen brindándole atención.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Nombre del proveedor			
Número de teléfono o dirección			
Fecha de la próxima cita			
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Nombre del proveedor			
Número de teléfono o dirección			
Fecha de la próxima cita			
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de gestión de casos de Bridge (Cont.)

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Gracias por participar en la Evaluación de Riesgos de Salud (HRA). Su información permitirá que nuestro administrador de casos del plan de salud MAPD personalice su plan de atención. Le garantizamos confidencialidad y le pedimos que sea lo más preciso posible.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_

2. Número de teléfono más conveniente: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Género: ☐ Femenino; ☐ Masculino; ☐ Otro

5. Identificación de Medicare: \_\_\_\_\_

6. Identificación de Medicaid (Medi-CAL): \_\_\_\_\_

7. Idioma de preferencia: ☐ Inglés; ☐ Español; ☐ Vietnamita; ☐ Chino; ☐ Coreano

☐ Tagalo; ☐ Otro: \_\_\_\_\_

8. Raza o grupo étnico: marque todas las opciones que correspondan ☐ Blanco; ☐ Negro; ☐ Asiático; ☐ Indígena americano/nativo de Alaska; ☐ Hawaiano o de otras islas del Pacífico; ☐ Hispano;

☐ Otro: \_\_\_\_\_ ☐ Prefiero no responder.

9. Altura: \_\_\_\_\_ (pies) \_\_\_\_\_ (pulgadas)

10. Peso: \_\_\_\_\_ (libras)

### ESTADO DE ENFERMEDAD RENAL TERMINAL (ERT):

Responda las preguntas 10 a 20 únicamente si le han diagnosticado ERT.

11. Fecha de diagnóstico de ERT: \_\_\_\_\_

12. ¿Le han hecho un trasplante? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, fecha del trasplante: \_\_\_\_\_

13. ¿Está usted en una lista de espera para recibir un trasplante de riñón? ☐ Sí ☐ No

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR



**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)**

14. ¿Recibe actualmente tratamientos de diálisis? ☐ Sí ☐ No

• En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamientos de diálisis está recibiendo?

o Hemodiálisis

☐ En el centro

☐ Hemodiálisis domiciliaria

o Diálisis peritoneal

☐ Diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD)

☐ Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD)

o Otro: \_\_\_\_\_

15. Nombre y dirección del centro de diálisis: \_\_\_\_\_

16. Frecuencia del tratamiento de diálisis: ☐ 3 veces por semana; ☐ Otro: \_\_\_\_\_

17. Tipo de acceso

☐ Catéter ☐ Fístula ☐ Injerto

18. ¿Ha tenido algún problema para ir a sus tratamientos de diálisis?  
(por ejemplo, con el transporte?)

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

19. ¿Tiene problemas para seguir su dieta recomendada para los riñones?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS/OTRA INFORMACIÓN:**

20. ¿Cuántas veces estuvo hospitalizado/a en el último año?

☐ Ninguna vez ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Más

21. ¿Cuántas veces fue a la sala de emergencias en el último año?

☐ Ninguna ☐ Una ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Más

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

**22.** Enumere cualquier otro problema de salud que tenga (marque todas las opciones que correspondan):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma o bronquitis crónica   | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales  | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Depresión   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación  |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes:   |  |
| <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2  |  |
| <input type="checkbox"/> Prediabetes <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional                           |  |
| <input type="checkbox"/> Audición: sordera o dificultad para escuchar incluso si usa un audífono             | <input type="checkbox"/> Vista: ¿ceguera o dificultad para ver incluso si usa gafas? |
| <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes   | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del tracto urinario                  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o enfermedad renal terminal (ERT)                               | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria, demencia o Alzheimer                    |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos   | <input type="checkbox"/> Osteoartritis   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <input type="checkbox"/> Parkinson/ELA/EM/Lupus                                      |
| <input type="checkbox"/> Fractura reciente   | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave                                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o problemas respiratorios                                  | <input type="checkbox"/> Úlcera de la piel, herida que no cicatriza, llagas          |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, dolor en el pecho o arterias bloqueadas | <input type="checkbox"/> Hinchazón (tobillos o piernas)                              |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria o problemas de control de la vejiga                          | Otro: _____  |

**23.** ¿Siente dolor?   ☐ Sí   ☐ No

**24.** ¿Dónde siente dolor? \_\_\_\_\_

**25.** El dolor es:

- ☐ Agudo   ☐ Latente   ☐ Persistente   ☐ Con sensación de hormigueo  
☐ Con sensación de ardor

**26.** ¿Cuál es su nivel de dolor?

- ☐ Leve (1-3)   ☐ Moderado (4-7)   ☐ Severo (8-10)

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

27. ¿Cuál es la intensidad del dolor?

- ☐ Va y viene ☐ Bajo pero constante ☐ Medio pero constante ☐ Alto pero constante  
☐ Muy alto ☐ No me deja dormir

28. ¿Cómo está su audición?

- ☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

29. Si tiene sordera, ¿tiene un intérprete personal de lenguaje de señas? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita que Champion Insurance coordine para que un intérprete de señas esté

presente en sus citas con el médico? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro: \_\_\_\_\_

30. Si usted conduce un vehículo, o una persona conocida lo/la traslada en vehículo, Champion le reembolsará el dinero para el combustible (según los estándares del IRS).

31. ¿Cómo está su vista?

- ☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

32. ¿Necesita información impresa en letras grandes? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro: \_\_\_\_\_

33. ¿Recibe inyecciones en los ojos? ☐ Sí ☐ No

34. ¿Has ido al dentista en el último año? ☐ Sí ☐ No

### INDICADORES DE FRAGILIDAD:

¿Ha tenido o está teniendo alguno de estos síntomas en el último año?

35. ¿Pérdida reciente de peso involuntaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36. ¿Sensación frecuente de agotamiento o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37. ¿Disminución en la fuerza de agarre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. ¿Problemas para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
39. ¿Camina más lento o hace menos actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
40. ¿Se ha caído en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

### COMPORTAMIENTO:

			Frecuencia
41. Actividad física	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
42. Fumar o consumir tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
43. Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
44. Relaciones sexuales sin protección	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia mensual:
45. Usar cinturón de seguridad en los automóviles	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Siempre; <input type="checkbox"/> A veces; <input type="checkbox"/> Nunca
46. Evaluación de seguridad en el hogar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Podemos hacerle una.

### SENTIMIENTOS POR EMOCIONES / CUESTIONES PSICOLÓGICAS:

Indique su respuesta para cada uno de estos enunciados: ¿Tuvo...

47. menos interés/sintió menos placer al hacer las actividades habituales en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
48. sentimientos de tristeza o desesperanza en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
49. sentimientos de enojo o ira intensos en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
50. sensaciones de estrés intenso en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
51. sensaciones de soledad o aislamiento social en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No



DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

### SITUACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO DE LA COMUNIDAD:

¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?

<b>52.</b> Tengo vivienda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>53.</b> Me alojo con otras personas en un hotel.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>54.</b> Me alojo en un refugio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>55.</b> Vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>56.</b> ¿Vive en una casa, departamento, condominio o casa rodante independiente? <input type="checkbox"/> Solo; <input type="checkbox"/> Con un amigo; <input type="checkbox"/> Con mi cónyuge; <input type="checkbox"/> Con un niño/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>57.</b> Vive en un centro/departamento de vida asistida o una residencia de alojamiento y cuidado o asilo para ancianos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>58.</b> Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**59.** Enumere cualquier apoyo o recurso de la comunidad que le ayude con la atención de la ERT o su bienestar:

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS):

Díganos cuánta ayuda necesita con cada una de las siguientes actividades:

#### 60. Bañarse

☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

#### 61. Vestirse

☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

#### 62. Comer

☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

#### 63. Ir al baño

☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

#### 64. Aseo personal

☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)****65. Caminar**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**66. Trasladarse (por ejemplo, de la cama a una silla)**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**67. ¿Tiene a alguien que lo/la ayude con las actividades mencionadas si necesita ayuda?**

- ☐ Sí ☐ No

**ACTIVIDADES FUNDAMENTALES PARA LA VIDA DIARIA (IADLS):**

Díganos cuánta ayuda necesita con cada una de las siguientes actividades:

**68. Compras**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**69. Preparación de alimentos**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**70. Usar el teléfono**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**71. Tareas domésticas**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**72. Lavar la ropa**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**73. Tomar medicamentos**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**74. Manejo de las finanzas**

- ☐ Puedo hacerlo solo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo  
☐ Necesito mucha ayuda

**75. ¿Tiene a alguien que lo/la ayude con las actividades mencionadas si necesita ayuda?**

- ☐ Sí ☐ No

**76. ¿Tiene dificultades para pagar la atención médica o los medicamentos?** ☐ Sí ☐ No**77. ¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas o los medicamentos?** ☐ Sí ☐ No**78. ¿Quién le ayuda en casa con las tareas diarias, los tratamientos y las citas, y cómo le ayudan?** \_\_\_\_\_

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

**79.** ¿Tiene a alguien a quien se le pague para ayudar a cuidarlo/la en casa, como un cuidador asignado a través de Servicios de apoyo a domicilio (IHSS)? ☐ Sí ☐ No

**80.** ¿Hace ejercicio con regularidad?

☐ Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

☐ Si la respuesta es negativa, ¿cuál es el motivo?: \_\_\_\_\_

**81.** ¿Utiliza el portal para pacientes de su médico? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué no? \_\_\_\_\_

**82.** ¿Tiene un plan anticipado de atención?

☐ Sí

☐ Testamento vital

☐ Poder notarial duradero para la atención médica

☐ Orden de no resucitar (DNR)

☐ denes del médico para tratamiento de soporte vital (POLST)

☐ No intubar (DNI)

☐ No

### MEDICAMENTOS Y ORIENTACIÓN CON LA DIETA

**83.** ¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma?

☐ 1 - 3; ☐ 4 - 6; ☐ 7 - 10; ☐ Más de 10 medicamentos diferentes

**84.** ¿Tiene dificultades para comprender cómo tomar o tomar como corresponde los medicamentos recetados?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

**85.** ¿Tiene dificultades para retirar sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR



## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

### NECESIDADES:

En el último año, ¿usted o alguna persona que viva con usted tuvieron problemas para conseguir cualquiera de los siguientes elementos o servicios cuando realmente los necesitaban? Marque todas las opciones que correspondan:

86. Comida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
87. Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
88. Vestimenta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
89. Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
90. Medicamentos o cualquier atención médica que usted necesitaba (médica, dental, atención de la salud mental, de la vista, de la audición, etc.).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
91. Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
92. Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
93. Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En el último año, la falta de transporte hizo que no pudiera asistir a alguna de las siguientes actividades:

94. Citas médicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
95. Citas no médicas, reuniones, trabajo o impidió conseguir las cosas que necesito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
96. Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### VACUNAS / INMUNIZACIONES:

¿Recibió estas vacunas en los últimos 12 meses?

97. Vacuna antigripal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.
98. Contra la neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.
99. Contra el COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

### OBJETIVOS Y PREFERENCIAS:

**100.** ¿Cuáles son sus principales objetivos personales para la atención renal y su salud en general?

---

---

**101.** ¿Tiene algún deseo para su tratamiento, la forma en que se administra su atención o la atención para el final de la vida?

---

---

**102.** Como cuidador, ¿cuál es su objetivo principal para su familiar o cliente?

---

---

### COMENTARIOS ADICIONALES:

**103.** Comparta cualquier otra información esencial sobre su salud o necesidades de atención:

---

---

---

**Gracias por su ayuda.** Esta información es fundamental para brindar una atención óptima personalizada para atender sus pedidos y necesidades. **Le pedimos que envíe este formulario completo a:**

**Champion Health Plan  
PO Box 15337  
Long Beach, CA 90815-9995**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llámenos y pida que su administrador de atención personal le devuelva la llamada. Llame al **1-800-885-8000** o al **711 para el servicio TTY**. Pregunte por el Equipo de Administración de la Atención.

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

# ¿Qué esperar *luego*?

Ha enviado su formulario de inscripción para  
Champion Health Plan: ¿y ahora cómo sigue?



## **Formularios de inscripción recibidos**

La inscripción se envía a Champion Health Plan por teléfono, correo, fax, a través de un agente o por Internet. Comenzaremos a procesar su solicitud de inmediato.



## **Carta de verificación de inscripción saliente (OEV)**

Esta carta es para confirmar su inscripción en el plan. Incluye información como su número de identificación de miembro y la información sobre recetas de la Parte D.



## **Su tarjeta de identificación de miembro de Champion Health Plan**

Recibirá por correo su identificación de miembro de Champion Health Plan. ¡Asegúrese de tener esta tarjeta en un lugar práctico para que esté a mano! La necesitará cuando visite a su médico, farmacia u hospital. Su tarjeta del plan dental se enviará aparte.



## **Paquete de bienvenida**

Recibirá un paquete con información importante sobre cómo aprovechar la cobertura de su Champion Health Plan.



## **Llamada o visita de bienvenida**

Un representante lo llamará para programar una llamada o visita para repasar su paquete de bienvenida.



## **Ayuda con los costos de Medicare**

Usted puede calificar para recibir asistencia financiera federal, que se llama “Ayuda Adicional”. Muchas personas califican aunque no tengan ingresos bajos. Para solicitar esta ayuda financiera para pagar el costo de sus medicamentos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778 o solicite en línea en [SSA.gov](https://www.ssa.gov).

# Aviso de no discriminación

Champion Health Plans-USA (Champion) y sus subsidiarias, incluidas Champion Health Plan of California, Inc.; Renal Payer Solutions, Inc.; Champion Payer Solutions, LLC. cumplen con las leyes federales de derechos civiles que están en vigencia. Champion Health Plan no excluye a personas, no niega beneficios ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género, orientación sexual o religión.

Champion Health Plan brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con el plan de salud. Estos servicios pueden ser, entre otros, intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en diversos formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.

Champion Health Plan ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios o cree que Champion Health Plan no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o identidad de género, comuníquese con **Servicios para Miembros de Champion Health Plan a través de los siguientes canales de atención:**

Por teléfono:	<b>Marque 1-800-885-8000</b>
Por TTY:	marque "711"
Por correo postal de EE. UU.:	<b>Champion Health Plan Grievance Department</b> PO Box 15337 Long Beach, CA 90815-9995

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja o una apelación, el área de Servicios para Miembros de Champion Health Plan está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por teléfono:	1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Por correo:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

# Servicios de interpretación en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-885-8000. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-885-8000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果需要此翻譯服務，請致電 1-800-885-8000。我們的中文工作人員很願意提供幫助。這是一項免費服務。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-885-8000。我們講中文的人員將樂意提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-885-8000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-885-8000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits-und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-885-8000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-885-8000** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-885-8000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** قىودأل لودج وأحصلاب قلعتت قلىسأى أى نع قباجالل قىنأجالل ىروفال مآرتملا تامدآ مدقن انن! موقىس. **1-800-885-8000** ىلع انب لاصلتال ىوس كىل عسىل ،ىروف مآرتم ىلع لوصحلل. انىدل ةىنأجال ممدآ هذآ. كآتدعاسمب ةىبرعال آدحتى ام صخش.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-885-8000 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-885-8000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-885-8000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-885-8000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-885-8000. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 社の健康 健康保と品 方プランに するご質問にお答えするために、無料の通ササービスがあります。通 をご用命になるには、**1-800-885-8000** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のササービスです。



## Notas

[illegible]



Si tiene preguntas,  
*llame gratis al*

**1-800-885-8000, TTY 711**

1 de abril - 30 de septiembre:

Lunes - Viernes, 8 a. m. - 8 p. m.

1 de octubre - 31 de marzo:

Lunes - Domingo, 8 a. m. - 8 p. m.

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