CHAMPION HEALTH PLAN

Guía de inscripción 2026

Champion Ally (HMO) H6170-007

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

¡El plan adecuado *para usted!*

Champion Ally

Este plan es una excelente opción para los beneficiarios de Medicare que no califique para un plan de necesidads especiales condicion cronica (C-SNP). Este plan permite ahorrar en medicamentos recetados y ofrece más servicios y beneficios.

CHAMPION HEALTH PLAN

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 cardiaca, ICC, EAC, o arritmias cardiacas, o problemas de salud conductual como la esquizorfrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor or trastornos psicoticos 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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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: *(opcional)*	
Método inicial de contacto: *(Indique aquí si el candidato se presentó sin cita previa)*	
Firma del agente:	Fecha de la cita Completado:

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

Resumen de *Beneficios*

Champion Ally (HMO) H6170-007

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 de seguro médico HMO de Medicare Advantage con un 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 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.

Para unirse a **Champion Ally (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Puede consultarlo en línea en 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.

Detalles del plan	Champion Ally
Prima mensual	$0
Deducible del plan anual	Sin deducible
Desembolso máximo anual (MOOP)	$199
Internación hospitalaria	$0 por hospitalización Los servicios pueden requerir autorización y derivación.
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (ASC)	Copago de $100 por servicios hospitalarios ambulatorios Copago de $0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria Copago de $0 por observación hospitalaria ambulatoria Los servicios pueden requerir autorización y derivación.

Detalles del plan	Champion Ally
Proveedores de atención primaria	Copago de $0
Especialistas	Copago de $0 Puede requerirse autorización para todos los servicios excepto para nefrología.
Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare)	Copago de $0
Atención de emergencia (departamento de emergencias del hospital) **Atención de emergencia en todo el mundo**	Copago de $70 No se cobra copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado. 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) **Atención de urgencia necesaria en todo el mundo**	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.
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	Copago de $0 Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico, y los servicios de laboratorio pueden requerir autorización y derivación.
Servicios de audición • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina y adaptación/evaluación de audífonos • Audífono	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 audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años

Detalles del plan	Champion Ally
Servicios dentales	Copago de $0 por servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales. Pueden aplicarse limitaciones. Límite de cobertura de beneficios anuales de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados Los servicios dentales integrales pueden requerir autorización y derivación.
Servicios de la vista	
• Examen de la vista cubierto por Medicare	Copago de $0 para un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de detección de glaucoma)
Marcos y lentes o lentes de contacto cubiertos por Medicare	Copago de $0 por (1) par de anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas
• Examen de la vista de rutina	Copago de $0 por (1) examen de la vista de rutina; examen de refracción hasta (1) por año
• Anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones	Asignación de $335 para anteojos (lentes y marcos) y actualizaciones cada año
Salud mental para pacientes hospitalizados	Copago de $100 para los días 1 a 10 Copago de $0 para los días 11 a 90 Los servicios pueden requerir autorización y derivación.
Servicios ambulatorios de salud mental (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	Copago de $0 Los servicios pueden requerir autorización y derivación.
Centro de enfermería especializada	Copago de $0 para los días 1 a 20 $218 por día para los días 21 a 100 Los servicios pueden requerir autorización y derivación.
Rehabilitación ambulatoria	
• Fisioterapia • Terapia del habla • Terapia ocupacional	Copago de $0 Los servicios pueden requerir autorización y derivación.

Detalles del plan	Champion Ally
Servicios de ambulancia	20% del costo para los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare $0 o $125 del costo de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia aérea y terrestre que no sea de emergencia Puede requerirse autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Transporte	Copago de $0 24 viajes de ida a centros relacionados con la atención médica aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Del 0% al 20% del costo Copago de $0 a $24 por un suministro de insulina para 30 días de la Parte B. Puede requerirse autorización previa.
Diálisis	20% del costo
Equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero, prótesis y suministros médicos: $0 para artículos de $100 o menos 20% del costo para artículos que superen los $100 Los servicios pueden requerir autorización.
Beneficio para alimentos saludables / artículos de venta libre / servicios públicos	Asignación de $330 cada (3) meses Copago de $0 por asignación trimestral para usar en alimentos y productos saludables, artículos de venta libre, productos de bienestar y/o asistencia con los servicios públicos. Los beneficios mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Las afecciones que califican incluyen diabetes, trastornos cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, sobrepeso/obesidad/síndrome metabólico y cáncer. Esta no es una lista completa de afecciones elegibles. Consulte el Cuadro de beneficios médicos para beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas de la sección 2, capítulo 4 de su Evidencia de cobertura si desea ver una lista completa de las afecciones que califican.
Acupuntura	
• Servicio de acupuntura cubierto por Medicare	Copago de $0
• Acupuntura de rutina	Copago de $0 por hasta 50 visitas al año
Quiropraxia	
• Atención quiropráctica cubierta por Medicare	Copago de $0
• Atención quiropráctica de rutina	Copago de $0 por hasta 20 visitas al año

Detalles del plan	Champion Ally
Beneficio de acondicinamiento físico Silver&Fit	Copago de $0 por recibir hasta $35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico
Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare)	Copago de $0 Los servicios pueden requerir autorización y derivación.
Hospicio	Cubierto por Medicare Original
Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño	Copago de $0 por la provisión de una silla de ducha
Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS)	Copago de $0
Examen físico anual	Copago de $0 por un (1) examen anual
Educación para la salud	Copago de $0 para sesiones educativas interactivas presenciales o virtuales con profesionales de la salud

Cobertura de medicamentos recetados		
Detalles del plan	**Champion Ally**	
Deducible de la Parte D	Sin deducible	Sin deducible
	Farmacia minorista participante	**Pedido por correo**
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Genérico preferido	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: Genérico	Copago de $3	Copago de $6
Nivel 3: Marca preferida	Copago de $47	Copago de $94
Nivel 4: Marca no preferida	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 cubiertos por la Parte D.	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina	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. 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 a largo plazo de insulinas del nivel 5 no están disponibles mediante pedidos por correo.	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.	
***Programa de Ayuda Adicional**	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.

Acupuntura y quiropráctica
Muchos planes incluyen acceso a acupuntura y atención quiropráctica a través de American Specialty Health para ayudarle a mantener el bienestar general.

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.

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

CHAMPION HEALTH PLAN

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.

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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 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.

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Formulario de inscripción 2026

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

¿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 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.

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

Su información de Medicare

Número de Medicare:

__ __ __ __ – __ __ __ – __ __ __ __

Número de Medi-Cal:

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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

- ☐ Enfermedad Cardiovascular
- ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- ☐ Diabetes
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Trastorno Esquizoafectivo
- ☐ Trastorno Bipolar
- ☐ Trastorno Depresivo Mayor
- ☐ Trastornos Paranoides
- ☐ Insuficiencia Cardiaca Cronica (Icc)
- ☐ Enfermedad Arterial Coronaria (Eac)
- ☐ Arritmias Cardiacas
- ☐ Enfermedad Renal Cronica
- ☐ Enfermedad Renal En Fase Terminal

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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.

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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):_____

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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.° 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 - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Esta información nos ayudará a comprender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con su(s) proveedor(es) de atención primaria. Dirija las preguntas que pueda tener sobre este formulario al 1-800-885-8000 o al 711 para TTY.

Fecha de hoy:_____

Información personal

Nombre:_____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono más conveniente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.° de identificación de Medicare: _____

N.° de identificación de Medicaid (Medi-CAL): _____

N.° de miembro del Champion Health Plan: _____

Persona que completa este formulario: _____

Relación con el miembro: _____

Derecho a consentir o rechazar

Yo ☐ Acepto/Participo o ☐ Rechazo/No participo de la Evaluación de riesgos de salud (HRA) de Champion Health Plan

Calificación de salud física

1. ¿Cuál es su altura? _____(solo pulgadas)
2. ¿Cuál es su peso? _____(libras)
3. ¿Le preocupa su salud? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Siente que hace suficiente actividad física/ejercicio? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Siente que su dieta favorece un estilo de vida saludable? ☐ Sí ☐ No

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Actividades de la vida diaria

6. ¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes actividades?

Actividad	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	No puede hacerlo en absoluto
Bañarse	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐
Levantarse de la cama o de la silla	☐	☐	☐
Preparar comidas	☐	☐	☐
Tomar su medicamento	☐	☐	☐
Ir al baño	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐
Transporte	☐	☐	☐

7. ¿Donde vive actualmente?
☐ Casa particular ☐ Centro de vida asistida ☐ Asilo para ancianos ☐ Hogar grupal
☐ Departamento ☐ Condominio ☐ Hogar de transición ☐ Parque de casas móviles
☐ Sin hogar ☐ Otro

8. Si necesita ayuda, ¿tiene alguien cerca o un cuidador que le ayude?
☐ Familia ☐ Amigo ☐ Vecino ☐ Cuidador ☐ Sin ayuda
☐ Prefiero no responder ☐ Otro

9. Equipo médico (marque todas las opciones que correspondan)
☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Cama de hospital ☐ Oxígeno ☐ Nebulizador
☐ Baño portátil ☐ Silla de ducha ☐ CPAP/BiPAP ☐ Otro

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Factores sociales determinantes de la salud

10. ¿Hay algo que le impida tomar medidas para obtener la atención que necesita?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, marque todas las que correspondan
☐ Transporte ☐ Costo de los servicios médicos ☐ Costo de los medicamentos
☐ Acceso a los servicios ☐ Apoyo a los cuidadores ☐ Diferencias lingüísticas
☐ Diferencias culturales ☐ Personas con dificultades auditivas ☐ Dificultades visuales
☐ Objeciones familiares ☐ Cuestiones sociales: discriminación/desconfianza
☐ Problemas de salud mental/desconfianza hacia algunas personas
☐ Violencia doméstica/abuso ☐ Maltrato a ancianos ☐ Otro

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Historia clínica de salud y tratamiento

11. ¿Cuál es el nombre de su médico de atención primaria (PCP)? _____

_____

12. ¿Necesita un PCP? ☐ Necesito un nuevo PCP ☐ No

13. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico de atención primaria?
☐ Menos de 6 meses ☐ Más de 6 meses ☐ 12 meses o más

14. ¿Cuántas veces fue usted ingresado al hospital o sala de emergencias en los últimos 12 meses? ☐ 0 ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Más de 3 veces

15. ¿Ha estado en un centro de atención posaguda (centro de enfermería especializada, rehabilitación o atención a largo plazo) en los últimos 12 meses? ☐ 0 ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Más de 3 veces

16. Marque Sí o No e incluya el/los proveedor(es) tratante(s) para las siguientes condiciones:

Asma o bronquitis crónica	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
EPOC o enfisema	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Dificultad para respirar o problemas respiratorios	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Caídas frecuentes	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoartritis	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Fractura reciente	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Parkinson/ELA/EM/Lupus	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Cáncer	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
VIH/SIDA	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN

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

Depresión	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Enfermedad mental grave	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Vista: Ceguera o dificultad para ver incluso si usa gafas	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Audición: Sordera o dificultad para escuchar incluso si usa un audífono	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, dolor en el pecho o arterias bloqueadas	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Problemas de circulación	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Hipertensión	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Hinchazón (tobillos o piernas)	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Prediabetes ☐ Diabetes gestacional	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Úlcera de la piel, herida que no cicatriza, llagas	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Trasplante de órganos	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Pérdida de memoria, demencia o Alzheimer	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Incontinencia urinaria o problemas de control de la vejiga	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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

Infecciones frecuentes del tracto urinario	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Insuficiencia renal o enfermedad renal terminal (ERT)	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Problemas intestinales	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Otro	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Actividades de planificación de vida

17. ¿Tiene o necesita lo siguiente: Directiva anticipada de atención médica, como un testamento vital u ódenes médicas para tratamiento de soporte vital (POLST)?
☐ Yes ☐ No ☐ Necesito uno

Atencion médica preventiva

18. ¿Se vacuna contra la gripe anualmente? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Se ha vacunado contra Covid durante el año? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Se ha realizado un examen o prueba de detección de cáncer de colon en los últimos 10 años? ☐ Sí ☐ No

21. ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años?
☐ Sí ☐ No ☐ N/A

22. ¿Se ha hecho una mamografía en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

23. ¿Consume tabaco (fuma, mastica, inhala o en cualquier otra forma)? ☐ Sí ☐ No

24. ¿El consumo de alcohol interfiere con su vida personal o laboral? ☐ Sí ☐ No

25. ¿Frecuencia de dolor en la última semana?
☐ Sin dolor ☐ Dolor algunos días ☐ Dolor todos los días

26. ¿Medicamentos para el manejo del dolor u otras terapias? ☐ Sí ☐ No

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Salud mental y conductual

27. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha perturbado alguno de los siguientes sentimientos?

Sensación de depresión, decaimiento, falta de esperanza	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Poco interés/placer en hacer las cosas	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Episodios de llanto	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Dificultad para dormir	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Nerviosismo / Ansiedad / Preocupación	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Agitación / Irritabilidad / Enojo	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Pensamiento de hacerme daño a mí mismo o a otras personas	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

28. ¿Los problemas de salud personales o familiares derivan en pérdida de trabajo o de actividades cotidianas?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ N/A

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

29. ¿Qué factores estresantes tiene en este momento (marque todas las opciones que correspondan)?

☐ Relaciones ☐ Familia ☐ Niños ☐ Falta de apoyo social ☐ Ocupación
☐ Salud física general ☐ Finanzas ☐ Otro ☐ N/A

Necesidades culturales y lingüísticas

30. ¿Se identifica con alguna religión o tradición espiritual?

☐ Ateísmo/Agnosticismo ☐ Budismo ☐ Catolicismo ☐ Cristianismo
☐ Ciencia cristiana ☐ Hinduismo ☐ Islam ☐ Testigo de Jehová ☐ Judaísmo
☐ Mormón ☐ Otro ☐ Ninguno/No religioso ☐ Prefiero no responder

31. ¿Cuál es su idioma principal?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Criollo francés ☐ Coreano ☐ Vietnamita
☐ Tagalo ☐ Prefiero no responder ☐ Otro

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

32. ¿Cómo describe su grupo étnico?

☐ Blanco o caucásico ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano/Latino
☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái ☐ Desconocido
☐ Prefiero no responder ☐ Otro

Demografía

33. ¿Con qué género se identifica?

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual ☐ Transgénero ☐ No conforme
☐ Personal ☐ Eunuco ☐ Prefiero no responder ☐ Otro_____

34. ¿Con quién vive actualmente?

☐ Solo ☐ Con hijo(s) ☐ Con familia extendida ☐ Con amigo(s) ☐ Con padre(s)
☐ Con compañero(s) de cuarto ☐ Con hermano(s) ☐ Con cónyuge/pareja
☐ Otro_____

Vivienda

35. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas (marque todas las opciones que correspondan)?

☐ Insectos ☐ Roedores ☐ Plomo/Amianto ☐ Moho ☐ Problemas eléctricos
☐ Problemas de calefacción ☐ Problemas de agua ☐ La casa no es segura
☐ No hay problemas ☐ Otro _____

36. ¿Tiene acceso a Internet (marque todas las opciones que correspondan)?

☐ Computadora ☐ Teléfono ☐ Tablet ☐ Otro _____

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

Metas personales

37. ¿Cuál es su objetivo principal para su salud en general? _____

_____

38. Como cuidador, ¿cuál es su objetivo principal para su familiar o cliente? _____

_____

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

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

DOBLAR - SUJETAR - SEPARAR

¿Qué esperar *luego?*

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

Formularios de inscripción recibidos
Su inscripción se envía a Champion Health Plan por teléfono, correo o fax, por medio de un agente o a través de 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. Contendrá información como su número de identificación de miembro e información de sus recetas de la Parte D.

Su tarjeta de identificación de miembro de Champion Health Plan
Recibirá su identificación de miembro de Champion Health Plan por correo. Asegúrese de guardar esta tarjeta en un lugar a mano. La necesitará cuando visite a su médico, farmacia u hospital. Su tarjeta del plan dental se enviará por separado.

Paquete de bienvenida
Recibirá un paquete con información importante sobre cómo aprovechar al máximo su cobertura de Champion Health Plan.

Llamada o visita de bienvenida
Un representante lo llamará para programar un horario para revisar su paquete de bienvenida.

Ayuda con sus costos de Medicare
Usted puede calificar para recibir asistencia financiera federal, conocida como "Ayuda Adicional". Muchas personas califican incluso si no tienen ingresos bajos. Para solicitar esta asistencia financiera con el costo de sus medicamentos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778 o envíe una solicitud en línea a través de 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:	**Marque 1-800-885-8000**
Por TTY:	marque “711”
Por correo postal de EE. UU.:	**Champion Health Plan Grievance Department** 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 ayudarle.
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┌提供免┌的翻┌服┌, ┌助┌解答┌于健康或┌物保┌的任何疑 ┌。如果┌需要此翻┌服┌, ┌致┌ 1-800-885-8000。我┌的中文工作人┌很┌意┌助┌。 ┌是一┌免┌服┌。

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-885-8000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لديناإ. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-885-8000.** سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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┌ビスがありますございます。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┌ ビスです。

Notas

CHAMPION
HEALTH PLAN

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