Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) ofrecido por Champion Health Plan of Nevada, Inc. (que opera como Champion Health Plan)

Aviso Anual de Cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Champion Advantage (HMO-POS C-SNP).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en Champion Advantage (HMO-POS C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite es.medicare.gov o revise la lista que se encuentra en la parte de atrás de su manual *Medicare Y Usted 2027.*
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En el documento *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre costos, beneficios y normas. Obtenga una copia en www.ChampionHMO.com o llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo postal. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se le envió por separado para comprobar si hay otros cambios en los beneficios o los costos que le afecten.

Más Recursos

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Nuestro plan ofrece servicios de asistencia en otros idiomas y ayudas y servicios auxiliares apropiados sin cargo. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más hablados por las personas con un dominio limitado del inglés en el estado o estados correspondientes dentro del área de servicio de nuestro plan y, a fin de garantizar una comunicación eficaz, debe facilitar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidad que necesiten ayudas y servicios auxiliares.

- Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- La información está disponible en diferentes formatos, como braille, letra grande y cintas de audio. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicio al Cliente al número que aparece anteriormente.

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

- Champion Health Plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas de una Organización para el Mantenimiento de la Salud con Opción de Punto de Servicio (Health Maintenance Organization Point of Service Chronic Special Needs Plan, HMO-POS C-SNP) que tiene contrato con Medicare.
  La inscripción en Champion Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Champion Health Plan of Nevada, Inc. (que opera como Champion Health Plan). Cuando se utiliza “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Champion Advantage (HMO-POS C-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Champion Advantage (HMO-POS C-SNP).** A partir del
  1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Champion Advantage (HMO-POS C-SNP). Para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y cuáles son los plazos para realizar el cambio, consulte la Sección 3.

Índice

Resumen de los Costos Importantes para 2027....4

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año....6
Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan....6
Sección 1.2 Cambios en el Máximo de Gastos de Su Bolsillo....7
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores....7
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias....8
Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos....9
Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D....14
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos Recetados..15

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos....18

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan....18
Sección 3.1 Plazos para Cambiar de Plan....19
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?....19

SECCIÓN 4 Obtenga Ayuda para Pagar los Medicamentos Recetados....19

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?....21
Obtenga Ayuda de Champion Advantage (HMO-POS C-SNP)....21
Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare....22
Obtenga Ayuda de Medicare....22

Resumen de los Costos Importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Para obtener información detallada, consulte la Sección 1.	$0	**$0**
Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener información detallada, consulte la Sección 1).	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio (combinados): $499.00	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio (combinados): $999.00**
Visitas al consultorio de atención primaria	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: $0 por visita	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: $0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: $0 por visita	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: $0 por visita**
Internaciones hospitalarias	Solo dentro de la red: Copago de $0 por los	**Solo dentro de la red: Copago de $0 por los**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Incluye diversas internaciones hospitalarias, como atención para casos agudos, rehabilitación y cuidado a largo plazo. Una internación hospitalaria comienza el día en que se le ingresa formalmente por orden médica y termina el día antes de que le den el alta.	días 1 a 90 Copago de $0 por 60 días de reserva de por vida a partir del día 91	**días 1 a 90** **Copago de $0 por 60 días de reserva de por vida a partir del día 91**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener información detallada sobre la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte la Sección 1).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D $0 Copago y coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1: Copago de $0 Nivel 2: Copago de $3 Usted paga un copago máximo de $3 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 3: Copago de $47 Usted paga un	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago y coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Nivel 1: Copago de $0** **Nivel 2: Copago de $5** **Usted paga un copago máximo de $5 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Nivel 3: Copago de $47** **Usted paga un**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	copago máximo de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**copago máximo de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
	Nivel 4: Copago de $100	**Nivel 4: Copago de $100**
	Usted paga un copago máximo de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga un copago máximo de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
	Nivel 5: 33% del costo total	**Nivel 5: 33% del costo total**
	Usted paga un copago máximo de $35 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga un copago máximo de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
	Nivel 6: Copago de $0	**Nivel 6 - Copago de $0**
	Etapa de Cobertura Catastrófica:	**Etapa de Cobertura Catastrófica:**
	Durante esta etapa de pago, usted no paga	**Durante esta etapa de pago, usted no paga**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.	**nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.**

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$0	**$0**

Factores que podrían cambiar el Monto de la Prima de la Parte D

- Penalización por inscripción tardía - La prima mensual del plan será *más alta* si se le exige pagar una penalización de por vida por la inscripción tardía en la Parte D por no haber tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos - Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el Máximo de Gastos de Su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que haya pagado esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se toman en cuenta** para el máximo de gastos de su bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados **no se toman en cuenta** para el máximo de gastos de su bolsillo.	Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de Servicio (combinados): $499.00	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio (combinados):** **$999.00** **Una vez que haya pagado $999.00 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores* 2027 (https://championhmo.com/provider-directories/) para consultar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Para obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

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

Durante el año, podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de red abandona nuestro plan, consulte al Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* estarán cubiertas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias* 2027 (https://championhmo.com/provider-directories/) para consultar cuáles son las farmacias que están en nuestra red. Para obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitar que le enviemos por correo postal un *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicio al Cliente al
1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Acupuntura (de rutina)	La acupuntura de rutina no está cubierta	**Solo dentro de la red:** **La acupuntura de rutina está cubierta por el beneficio combinado que se detalla a continuación para los "Servicios de Quiropráctica y Acupuntura".**
Servicios de rehabilitación cardíaca	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $10 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare**
Quiropráctica (de rutina)	La quiropráctica de rutina no está cubierta	**Solo dentro de la red:** **La quiropráctica de rutina está cubierta por el beneficio combinado que se detalla a continuación para los "Servicios de Quiropráctica y Acupuntura".**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios de Quiropráctica y Acupuntura (beneficio combinado)	El beneficio combinado de servicios de quiropráctica y acupuntura no está cubierto.	**Solo dentro de la red:** **Copago de $0 por un máximo de 50 visitas combinadas por año para usar en tratamientos de quiropráctica y/o acupuntura**
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico	Copago de $0	**Los servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico no están cubiertos.** **Nota: El beneficio sigue estando disponible, pero no aparece en la Evidencia de Cobertura como un beneficio independiente en 2027.**
Suministros y Servicios para la Diabetes - Medidor de glucosa	El medidor de glucosa no está cubierto	**Copago de $0 por medidores de glucosa**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Atención de Emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo (combinada con la atención de urgencia necesaria en todo el mundo)	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 hasta un máximo de $10,000 de cobertura anual en todo el mundo	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $0 hasta un máximo de $100,000 de cobertura anual en todo el mundo**
Exámenes de Audición - Adaptación/ evaluación de rutina de audífonos	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 por una adaptación/evaluación de rutina de audífonos por año	**Solo dentro de la red:** **Copago de $0 por adaptaciones/evaluaciones ilimitadas de audífonos por año**
Medicamentos de la Parte B de Medicare - Insulinas	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 a $24 por un suministro de insulina para 30 días	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $0 a $15 por un suministro de insulina para 30 días**
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Solo dentro de la red: Copago de $0 por los días 1 a 20 Copago de $218 por día para los días 21 a 100	**Solo dentro de la red:** **Copago de $0 por los días 1 a 20** **Copago de $221 por día para los días 21 a 100**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) *Para calificar para este beneficio, usted debe:* - *Tener un diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) en etapas 4 y 5, o estar en cualquier modalidad de diálisis; y* - *Participar en nuestro programa de administración de la atención*	Solo dentro de la red: Copago de $0 por una asignación trimestral de hasta $330 para usar en artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos frescos, y asistencia con los servicios públicos. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente período. Copago de $0 por un máximo de 76 viajes de ida a tratamientos de diálisis El inicio del tratamiento de diálisis no está cubierto.	**Solo dentro de la red:** **Copago de $0 por una asignación trimestral de hasta $270 para usar en artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos frescos, y asistencia con los servicios públicos.** **Los montos mensuales que no se utilicen en los 90 días posteriores a su disponibilidad no se transferirán al siguiente período.** **Copago de $0 por un máximo de 200 viajes de ida a tratamientos de diálisis** **Copago de $0 para miembros nuevos en diálisis para el Inicio del Tratamiento de Diálisis, que incluye una visita de una enfermera registrada (RN) para mostrarles o ayudarles a colocar la aguja en la fístula (o punto de acceso del paciente) al comenzar los tratamientos de diálisis en el hogar.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Apoyo para Cuidadores	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 por cuidado de relevo para cuidadores de miembros hasta 12 veces por año	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $0 por cuidado de relevo ofrecido por Helper Bees, hasta 4 horas por sesión, con un máximo de 12 sesiones por año**
Transporte (de rutina)	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 por un máximo de 24 viajes de ida a centros de salud aprobados por el plan cada año	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $0 por un máximo de 40 viajes de ida a centros de salud aprobados por el plan cada año** **Hay un límite de 25 millas por viaje. Si el miembro es transportado de forma particular al servicio de diálisis, se le reembolsa al conductor particular según la tarifa de millaje vigente del IRS. Se ofrece reembolso de las tarifas de transporte público, incluido el transporte ACCESS.**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios que se necesitan con urgencia - Cobertura de la atención de urgencia necesaria en todo el mundo (combinada con la atención de emergencia en todo el mundo)	Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio: Copago de $0 hasta un máximo de $10,000 de cobertura anual en todo el mundo	**Dentro de la red y fuera de la red/Punto de Servicio:** **Copago de $0 hasta un máximo de $100,000 de cobertura anual en todo el mundo**
Visión (de rutina) **Artículos de la Vista de Rutina**	Solo dentro de la red: Copago de $0 por una asignación anual de $335 para usar en anteojos de rutina (lentes y marcos) y mejoras	**Solo dentro de la red:** **Copago de $0 por una asignación anual de $350 para usar en anteojos de rutina (lentes y marcos) y mejoras**

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de Medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos, o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año, y para saber si habrá**

alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afecten durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet al menos una vez al mes para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos.
Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el profesional que le receta los medicamentos para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos Recetados

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

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe el Programa Ayuda Adicional y no recibe este documento antes del 30 de septiembre de 2026, llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir la *Cláusula Adicional del Subsidio por Bajos Ingresos* o *Cláusula LIS*.

Etapas de Pago de Medicamentos

Existen **3 etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

  Usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos, y usted paga el resto. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el total de sus gastos en medicamentos acumulados en lo que va del año alcance los $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Tampoco pagará nada por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Deducible Anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	**Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.**

Costos de los Medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a

largo plazo o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:	Copago de $0	**Copago de $0**
Nivel 2 Medicamentos Genéricos:	Copago de $3	**Copago de $5**
Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:	Usted paga un copago de $3 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Usted paga un copago de $5 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferidos:	Copago de $47	**Copago de $47**
Nivel 5 Medicamentos Especializados:	Copago de $100	**Copago de $100**
Nivel 6 Medicamentos	33% del costo total Usted paga un copago de $35 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este	**33% del costo total** **Usted paga un copago de $20 o el 25% del costo total por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Copago de $0**

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Selectos: Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	nivel. Copago de $0	

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Nuestra denominación social ha cambiado.	Nuestra denominación social era Renal Payer Solutions, Inc., que operaba como Champion Health Plan.	**Nuestra denominación social es Champion Health Plan of Nevada, Inc., que opera como Champion Health Plan.**

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Plan

Para quedarse en el plan Champion Advantage (HMO-POS C-SNP), no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Champion Advantage (HMO-POS C-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar un plan de medicamentos recetados al mismo tiempo.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos por separado de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D, y su inscripción en Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000
(los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite es.medicare.gov, consulte el manual *Medicare Y Usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Champion Health Plan of Nevada, Inc. (que opera como Champion Health Plan) ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales del plan y los costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para Cambiar de Plan

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta el

plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben el Programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura de un empleador o la están dejando
- Sale del área de servicio de nuestro plan

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo) o actualmente vive en una de ellas, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento.** Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si salió recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante los 2 meses completos posteriores al mes en que salió.

SECCIÓN 4 Obtenga Ayuda para Pagar los Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para el Programa Ayuda Adicional para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, es posible que Medicare pague hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán que pagar ninguna penalización por inscripción tardía.
  Para saber si califica, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al
  1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos de ese programa tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para poder optar al Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, entre ellos, la comprobación de residencia en el estado y de su estatus serológico respecto al VIH, tener bajos ingresos según la definición del estado y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Ayuda para Medicamentos de Nevada (Nevada Medication Assistance Program, NMAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-888-475-3219 (TTY: 711). Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de

elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

El Programa Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA, para aquellos que califican, son más ventajosos que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga Ayuda de Champion Advantage (HMO-POS C-SNP)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027.**

  Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 de Champion Advantage (HMO-POS C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para poder acceder a los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com o llame a Servicio al Cliente al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo postal. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se le envió por separado para comprobar si hay otros cambios en los beneficios o los costos que le afecten.

- **Visite www.ChampionHMO.com**

  Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario/Lista de Medicamentos).

Obtenga Ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en vivo con es.medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite es.medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea el manual *Medicare Y Usted 2027.***

  El manual *Medicare Y Usted 2027* se envía por correo postal a los beneficiarios de Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Para obtener una copia, visite es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.