

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 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 le brindan atención ahora forman parte de la red. Si no están en la lista, es probable que tenga que elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para sus medicamentos recetados forme parte de la red. Si no aparece en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.
- ☐ 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 copagos/coseguros 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 están en el directorio de proveedores).
- ☐ Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está inscrito en Tricare o en un plan de Medicare, dejará de recibir los beneficios de ese plan cuando 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 dependerá de que se verifique que usted tiene una enfermedad crónica grave o incapacitante específica que califique.

Formulario de inscripción 2027

¿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
5000 Airport Plaza Dr., Ste. 100
Long Beach, CA 90815-1273

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, incluido el tiempo destinado a revisar las instrucciones, consultar los recursos de datos existentes, recopilar 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.

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios
(excepto que alguno esté marcado como opcional)**SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:**☐ **Champion Ally**
(HMO) 007
Prima de \$0 al mes☐ **Champion AnWell**
(HMO) 018
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Care**
(HMO C-SNP) 008
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Choice**
(HMO C-SNP) 009
Prima de \$2.60
al mes☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001**
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002**
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
Prima de \$7.30 al mes☐ **Champion Compass (HMO C-SNP) 015**
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Home (HMO C-SNP) 016**
Prima de \$0 al mes☐ **Champion Secure (HMO C-SNP) 017**
Prima de \$0 al mes**Nombre****Apellido****M.I. (Opcional)****Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)****Sexo**☐**Masculino**☐**Femenino****Número de teléfono****Número de teléfono móvil (opcional)**

☐ 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**

Su información de Medicare

Número de Medicare:

Número de Medicaid:

Fecha de entrada en vigor de la Parte A (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Fecha de entrada en vigor de la Parte B (MM/DD/AAAA): ____/____/____

(Esta información se encuentra en su tarjeta de Medicare)

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):

☐

Trastorno bipolar

☐

Insuficiencia cardíaca
congestiva

☐

Trastorno depresivo
mayor

☐

Arritmias cardíacas

☐

Enfermedad de las
arterias coronarias (EAC)

☐

Trastornos paranoides

☐

Enfermedad
cardiovascular

☐

Diabetes

☐

Trastorno esquizoafectivo

☐

Insuficiencia cardíaca
crónica (ICC)

☐

Enfermedad renal
terminal (ERT)

☐

Esquizofrenia

☐

Enfermedad renal
crónica (ERC)

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

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

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: _____

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

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

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluidas las penalizaciones por inscripción tardía que tenga o pueda tener pendientes) por correo postal, 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): _____

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): _____

Los agentes pueden enviar por fax los formularios de inscripción completos y los documentos asociados a **1-949-850-2552**.

Método de presentación del plan

Para garantizar que esta solicitud de inscripción refleje con precisión cómo se revisaron las opciones del plan, seleccione el método principal utilizado:

☐ Reunión presencial

☐ Autoinscripción en línea/digital
(sin la asistencia de ningún agente)

☐ Llamada telefónica

☐ Otro: _____

☐ Videollamada (por ejemplo,
plataforma de telesalud,
videoconferencia)

☐ Los materiales enviados por correo
o escritos fueron revisados de
forma independiente

Fecha de presentación/discusión: _____

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.