CHAMPION HEALTH PLAN

Guía de inscripción 2027

Nevada

Atención que *está de su lado*



Champion Care

Champion Care
(HMO C-SNP) H6474-008

Champion Choice

Champion Choice
(HMO C-SNP) H6474-009

Nevada
Para los condados de Carson City, Churchill, Clark y Washoe

CHAMPION HEALTH PLAN

¿Cuál es el plan *adecuado para usted?*

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

Champion Care (HMO C-SNP)

Este plan es una excelente opción para beneficiarios de Medicare con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC), Enfermedad de las Arterias Coronarias (EAC) o Arritmias Cardiacas o diabetes que no reciben atención de tipo institucional (atención a largo plazo).

Champion Choice (HMO C-SNP)

Este plan es una excelente opción para los beneficiarios de Medicare con un diagnóstico de Enfermedad Cardiovascular, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Insuficiencia Cardíaca Crónica (IC), Enfermedad de las Arterias Coronarias (EAC), Arritmias Cardíacas o Diabetes, que también pueden recibir Ayuda Adicional o tener un seguro médico secundario y que no reciben un nivel institucional de atención (atención a largo plazo).

H6474_2027rightforyouNV_C

CHAMPION HEALTH PLAN

Alcance del formulario de confirmación de la reunión de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de marketing 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.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

_____**Planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (HMO C-SNP):** Estos planes están diseñados para personas con afecciones crónicas específicas, como la enfermedad renal crónica (ERC), incluida la enfermedad renal terminal (ERT), la diabetes o las enfermedades cardíacas, la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), la enfermedad arterial coronaria (EAC) o las arritmias cardíacas, o afecciones de salud conductual como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor o los trastornos paranoides recurrentes y otros trastornos psicóticos. 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

CHAMPION HEALTH PLAN

Alcance del formulario de confirmación de la reunión de ventas (cont.)

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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 completada:

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

CHAMPION HEALTH PLAN



Resumen de *Beneficios*

Champion Care (HMO C-SNP) H6474-008

Condados de Carson City, Churchill, Clark y Washoe

Resumen de *Beneficios* 2027

Champion Health Plan

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No detalla 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 Care (HMO C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia cardíaca crónica (ICC), enfermedad de las arterias coronarias (EAC), arritmias cardíacas o diabetes. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City, Churchill, Clark y Washoe.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no forman parte de 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". Consulte por Internet en medicare.gov o reciba una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas y 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, estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico (PT). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico (PT). También puede visitarnos en championhmo.com.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
Prima mensual	$0
Deducible del plan anual	Sin deducible
Desembolso máximo anual de bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$999

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
Internación hospitalaria*	$0 por hospitalización
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC)*	Copago de $100 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Copago de $0 para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria Copago de $0 por observación hospitalaria ambulatoria
Proveedores de atención primaria	Copago de $0
Especialistas*	Copago de $0 Podría 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)	Copago de $150 No se cobra copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.
Atención de emergencia en todo el mundo	Copago de $0 con un límite máximo de $100,000 para el beneficio de atención a nivel mundial, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de urgencia necesaria a nivel mundial.
Servicios de atención de urgencia (Centro de atención de urgencias no hospitalario)	Copago de $0
Atención de urgencia necesaria en todo el mundo	Copago de $0 con un límite máximo de $100,000 para el beneficio de atención a nivel mundial, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia a nivel mundial.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
Servicios de diagnóstico/laboratorios/ imágenes* • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada) • Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)	Copago de $0 Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.
Servicios de audición • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina y adaptación/evaluación de audífonos • Audífonos	 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, para audífonos TruHearing Advanced.
Servicios dentales* • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Servicios dentales preventivos (exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor, radiografías y otros servicios dentales) • Servicios dentales integrales (restauración, periodoncia, endodoncia, prostodoncia, cirugías)	Copago de $0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales Límite de cobertura de beneficios anuales de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados Los servicios dentales integrales podrían requerir autorización y referencia.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
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 (incluye el examen de detección anual 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
• Marcos y lentes, o lentes de contacto	Asignación de $350 para marcos y lentes y actualizaciones cada año
Salud mental para pacientes hospitalizados	Copago de $100 para los días 1 a 10 Copago de $0 por los días 11 a 90
Salud mental para pacientes ambulatorios* (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	Copago de $0
Centro de enfermería especializada*	Copago de $0 por los días 1 a 20 Copago de $221 por los días 21 a 100
Rehabilitación ambulatoria* • Fisioterapia • Terapia del habla • Terapia ocupacional	Copago de $0
Servicios de ambulancia*	20% del costo para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare $0 o $125 del costo para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
Transporte	Copago de $0 40 viajes de ida a centros relacionados con la atención médica aprobados por el plan. El recorrido máximo por viaje es de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Del 0% al 20% del costo Copago de $0 a $35 por un suministro de insulina para 30 días.
Diálisis	20% del costo
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)*	DME, prótesis y suministros médicos: $0 para artículos de $100 o menos 20% del costo para artículos de más de $100
Beneficio para artículos de venta libre / alimentos saludables / servicios públicos	Asignación trimestral de $280. Los miembros elegibles pagan un copago de $0 por asignación mensual para usar en alimentos y productos saludables, artículos de venta libre y/o asistencia con los servicios públicos. Los montos no utilizados de una asignación mensual que no se usen dentro de los 90 días no se transfieren al período siguiente. Algunos de los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos. Las afecciones que califican incluyen diabetes, enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca crónica. Consulte su Evidencia de Cobertura, Capítulo 4, Sección 2, Cuadro de beneficios médicos para obtener más información sobre la elegibilidad.
Acupuntura • Servicio de acupuntura cubierto por Medicare • Acupuntura de rutina	 Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de $0 por hasta 50 visitas de rutina al año (combinado con atención quiropráctica de rutina)

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CARE
Quiropráctica • Atención quiropráctica cubierta por Medicare • Atención quiropráctica de rutina	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de $0 por hasta 50 visitas de rutina al año (combinado con acupuntura de rutina)
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit	Copago de $0 por recibir hasta $35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico
Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare)*	Copago de $0
Hospicio	Cubierto por Medicare Original
Servicio de relevo (Apoyo para cuidadores)	Copago de $0 por hasta doce (12) sesiones de 4 horas de apoyo de Helper Bees para el cuidador del miembro
Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	Copago de $0
Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño	Copago de $0 por la provisión de una silla de ducha
Examen físico anual	Copago de $0 por un (1) examen anual
Educación para la salud	Copago de $0
Programa de control de peso	Copago de $0 por consultas con un nutricionista o dietista, un plan de ejercicio personalizado y apoyo conductual según sea necesario.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D		
DETALLES DEL PLAN	**CHAMPION CARE**	
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 (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: Medicamento genérico • **Insulinas**	Copago de $5 Copago de $5 o el 25% del costo, lo que sea menor	Copago de $10 Copago de $10 o el 25% del costo, lo que sea menor
Nivel 3: Medicamento de marca preferido • **Insulinas**	Copago de $47 Copago de $20 o el 25% del costo, lo que sea menor	Copago de $94 Copago de $40 o el 25% del costo, lo que sea menor
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido • **Insulinas**	Copago de $100 Copago de $20 o el 25% del costo, lo que sea menor	Copago de $200 Copago de $40 o el 25% del costo, lo que sea menor
Nivel 5: Nivel de especialidad • **Insulinas**	33% del costo Copago de $20 o el 25% del costo, lo que sea menor	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos Select Care (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0
Cobertura para casos de catástrofes (después de que usted u otras personas en su nombre paguen $2,400)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D.	

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D	
DETALLES DEL PLAN	**CHAMPION CARE**
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 2, 3 y 4. No pagará más de $20 por un suministro de insulina para un mes en el nivel 5. Para los 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 2, 3 y 4. Los suministros de insulina a largo plazo del nivel 5 no están disponibles mediante la opción de pedido por correo.
Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Ayuda Adicional de Medicare	Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos de las personas con ingresos y recursos limitados. Si usted reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda Adicional también cuenta para los gastos de su propio bolsillo.

CHAMPION HEALTH PLAN



Resumen de *Beneficios*

Champion Choice (HMO C-SNP) H6474-009

Condados de Carson City, Churchill, Clark y Washoe

Resumen de *Beneficios* 2027

Champion Health Plan

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No detalla 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 Choice (HMO C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia cardíaca crónica (ICC), enfermedad de las arterias coronarias (EAC), arritmias cardíacas o diabetes. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City, Churchill, Clark y Washoe.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no forman parte de 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". Consulte por Internet en medicare.gov o reciba una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas y 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, estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico (PT). Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico (PT). También puede visitarnos en championhmo.com.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
Prima mensual	$6.60
Deducible del plan	Sin deducible del plan Deducible de la Parte B de $283 (Este monto de costo compartido de 2026 puede cambiar para 2027. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2027).
Desembolso máximo anual de bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$9,850

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
Internación hospitalaria*	Deducible de $1,736 por período de beneficio $0 para los días 1 a 60 Copago de $434 por día para los días 61 a 90 Copago de $868 por día por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) 100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida (Estos montos de costo compartido de 2026 pueden cambiar para 2027. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2027).
Atención ambulatoria en hospitales y centros de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Centers, ASC)*	20% del costo para servicios hospitalarios ambulatorios 20% del costo para cirugías en un centro de cirugía ambulatoria 20% del costo para observación hospitalaria ambulatoria
Proveedores de atención primaria	Copago de $0
Especialistas*	20% del costo
Servicios preventivos (exámenes cubiertos por Medicare)	Copago de $0
Atención de emergencia (Departamento de Emergencias del Hospital)	Copago de $115 No se cobra copago si el paciente es internado en el hospital dentro de las 24 horas por un problema de salud relacionado.
Atención de emergencia en todo el mundo	Copago de $0 con un límite máximo de $100,000 para el beneficio de atención a nivel mundial, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de urgencia necesaria a nivel mundial.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
Servicios de atención de urgencia (Centro de atención de urgencias no hospitalario)	Copago de $0
Atención de urgencia necesaria en todo el mundo	Copago de $0 con un límite máximo de $100,000 para el beneficio de atención a nivel mundial, que el plan reembolsa si no supera el 60% de las tarifas locales de Medicare. Combinado con atención de emergencia a nivel mundial.
Servicios de diagnóstico/laboratorios/ imágenes*	
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de $0 por servicios de laboratorio y radiografías
• Radiografías	20% del costo para el resto de los servicios
• Servicios de laboratorio	Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio podrían requerir autorización y referencia.
• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética y tomografía computarizada)	
• Servicios de radiología terapéutica (p. ej., radioterapia para el cáncer)	
Servicios de audición	
• Servicios cubiertos por Medicare	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare cada año
• Examen de audición de rutina y adaptación/evaluación de audífonos	Copago de $0 por un examen de rutina y una adaptación/evaluación de audífonos cada año
• Audífonos	Copago de $149 por audífono (todos los modelos); hasta 2 audífonos cada 3 años, para audífonos TruHearing Advanced.
Servicios dentales*	Copago de $0 para servicios dentales preventivos y servicios dentales cubiertos por Medicare
• Servicios dentales cubiertos por Medicare	Del 20% al 40% del costo para servicios dentales integrales
• Servicios dentales preventivos (exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor, radiografías y otros servicios dentales)	Límite de cobertura de beneficios anuales de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados
• Servicios dentales integrales (restauración, periodoncia, endodoncia, prostodoncia, cirugías)	

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
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 (incluye el examen de detección anual 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
• Marcos y lentes, o lentes de contacto	Asignación de $350 para marcos y lentes y actualizaciones cada año
Salud mental para pacientes hospitalizados*	Deducible de $1,736 por período de beneficio $0 para los días 1 a 60 Copago de $434 por día para los días 61 a 90 Copago de $868 por día por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) 100% de todos los costos después de usar todos los días de reserva de por vida (Estos montos de costo compartido de 2026 pueden cambiar para 2027. Champion Health Plan indicará las tarifas actualizadas en su sitio web cuando se publiquen las tarifas de 2027).
Salud mental para pacientes ambulatorios* (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	Copago de $0 para sesiones grupales 20% del costo para sesiones individuales
Centro de enfermería especializada*	Copago de $0 por los días 1 a 20 Copago de $221 por los días 21 a 100
Rehabilitación ambulatoria*	
• Fisioterapia • Terapia del habla • Terapia ocupacional	Copago de $0 para servicios de fisioterapia y terapia del habla Copago de $0 para servicios de terapia ocupacional

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
Servicios de ambulancia*	Del 0% al 20% del costo para servicios de ambulancia aérea Del 0% al 20% del costo para servicios de ambulancia terrestre, sin superar el copago de $125 El costo compartido mínimo se aplica al transporte en ambulancia que no sea de emergencia.
Transporte	Copago de $0 60 viajes de ida a centros relacionados con la atención médica aprobados por el plan. El recorrido máximo por viaje es de 25 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Del 0% al 20% del costo Copago de $0 a $35 por un suministro de insulina para 30 días.
Diálisis	20% del costo
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)*	DME, prótesis y suministros médicos: 20% del costo
Beneficio para artículos de venta libre / alimentos saludables / servicios públicos	Asignación trimestral de $490. Los miembros elegibles pagan un copago de $0 por asignación mensual para usar en alimentos y productos saludables, artículos de venta libre y/o asistencia con los servicios públicos. Los montos no utilizados de una asignación mensual que no se usen dentro de los 90 días no se transfieren al período siguiente. Algunos de los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos. Las afecciones que califican incluyen diabetes, enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca crónica. Consulte su Evidencia de Cobertura, Capítulo 4, Sección 2, Cuadro de beneficios médicos para obtener más información sobre la elegibilidad.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

DETALLES DEL PLAN	CHAMPION CHOICE
Acupuntura • Servicio de acupuntura cubierto por Medicare • Acupuntura de rutina	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de $0 por hasta 50 visitas de rutina al año (combinado con atención quiropráctica de rutina)
Quiropráctica • Atención quiropráctica cubierta por Medicare • Atención quiropráctica de rutina	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de $0 por hasta 50 visitas de rutina al año (combinado con acupuntura de rutina)
Beneficio de acondicionamiento físico Silver&Fit	Copago de $0 por recibir hasta $35 de reembolso todos los meses para membresías de gimnasio o clases de acondicionamiento físico
Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare)*	Copago de $0
Hospicio	Cubierto por Medicare Original
Servicio de relevo (Apoyo para cuidadores)	Copago de $0 por hasta doce (12) sesiones de 4 horas de apoyo de Helper Bees para el cuidador del miembro
Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	Copago de $0
Examen físico anual	Copago de $0 por un (1) examen anual
Dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño	Copago de $0 por la provisión de una silla de ducha
Educación para la salud	Copago de $0
Programa de control de peso	Copago de $0 por consultas con un nutricionista o dietista, un plan de ejercicio personalizado y apoyo conductual según sea necesario.

*Los servicios podrían requerir autorización y/o referencia.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D		
DETALLES DEL PLAN	**CHAMPION CHOICE**	
Deducible de la Parte D	Deducible de $700 (no aplica a los niveles 1, 2 y 6)	
	Farmacia minorista participante	**Pedido por correo**
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Genérico preferido (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: Genérico (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3: Medicamento de marca preferido • **Insulinas**	25% del costo Copago de $35 o el 25% del costo, lo que sea menor	25% del costo Copago de $105 o el 25% del costo, lo que sea menor
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido • **Insulinas**	25% del costo Copago de $35 o el 25% del costo, lo que sea menor	25% del costo Copago de $105 o el 25% del costo, lo que sea menor
Nivel 5: Nivel de especialidad • **Insulinas**	25% del costo Copago de $35 o el 25% del costo, lo que sea menor	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos Select Care (incluidas las insulinas)	Copago de $0	Copago de $0

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D	
DETALLES DEL PLAN	**CHAMPION CHOICE**
Cobertura para casos de catástrofes (después de que usted u otras personas en su nombre paguen $2,400)	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	No pagará más de $35 por un suministro para un mes o $105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los Niveles 3 y 4 y no pagará más de $35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5, aunque no haya pagado su deducible.
Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D por las que usted no debe pagar nada, aunque no haya pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Ayuda Adicional de Medicare	Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos de las personas con ingresos y recursos limitados. Si usted reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda Adicional también cuenta para los gastos de su propio bolsillo.

Recursos para *beneficios adicionales*

Más allá de Medicare Original

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 la atención. También podrá elegir entre productos y servicios públicos en el catálogo de venta libre.

Asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Llame a una enfermera titulada en cualquier momento, de día o de noche. Las enfermeras de Carenet están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder preguntas sobre salud, hablar de síntomas y ayudarle a tomar decisiones con confianza.

Transporte

Descubra cómo aprovechar al máximo su beneficio de transporte.

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.

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 le brinda 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.

Relevo

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

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



Esta página se dejó en blanco intencionalmente

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 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.

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 dependerá de que se verifique que usted tiene una enfermedad crónica grave o incapacitante específica que califique.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

Formulario de inscripción 2027

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
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.

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, 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.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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 Care (HMO C-SNP) 008**
  Prima de $0 al mes
- ☐ **Champion Choice (HMO C-SNP) 009**
  Prima de $6.60 al mes
- ☐ **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 001**
  Prima de $0 al mes
- ☐ **Champion Connect (HMO-POS C-SNP) 002**
  Prima de $7.30 al mes
- ☐ **Champion Plus (HMO C-SNP) 010**
  Prima de $7.30 al mes

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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

CHAMPION HEALTH PLAN

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)

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):

- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Arritmias cardíacas
- ☐ Enfermedad cardiovascular
- ☐ Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)
- ☐ Enfermedad renal crónica (ERC)
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad renal terminal (ERT)
- ☐ Trastorno depresivo mayor
- ☐ Trastornos paranoides
- ☐ Trastorno esquizoafectivo
- ☐ Esquizofrenia

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.

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

DOBLAR -SUJETAR -SEPARAR

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

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

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:

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 (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.

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): _____

N.° 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
- ☐ Llamada telefónica
- ☐ Videollamada (por ejemplo, plataforma de telesalud, videoconferencia)
- ☐ Los materiales enviados por correo o escritos fueron revisados de forma independiente
- ☐ Autoinscripción en línea/digital (sin la asistencia de ningún agente)
- ☐ Otro: _____

Fecha de presentación/discusión: _____

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

¿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 sobre su cobertura de medicamentos recetados 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 la cobertura de su Champion Health Plan.

Llamada o visita de bienvenida
Un representante le llamará para programar una llamada o visita para repasar 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 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，為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 لدينا. 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 कसिी भी प्रश्न के जवाब देने के लएि हमारे पास मुफ्त दुभाषयिा सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषयिा प्राप्त करने के लएि, बस हमें 1-800-885-8000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हन्दिी 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

Notas

CHAMPION HEALTH PLAN

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

CHAMPION
HEALTH PLAN

44240571NV2027ESP