CHAMPION HEALTH PLAN



Resumen de *Beneficios*

Champion Select Plan
(HMO-POS C-SNP) H6474-003

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

H6474_SB003NV2026_M

Resumen de *Beneficios* 2026

CHAMPION HEALTH PLAN

Champion Health Plan

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted podría pagar. No 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 Select (HMO-POS C-SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener enfermedad renal crónica (ERC), incluidas aquellas personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT) (que estén recibiendo alguna modalidad de diálisis). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Carson City, Churchill, Clark y Washoe.

Al ser un plan de Punto de Servicio (POS), usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan, pero esto podría tener un costo adicional. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, ni Medicare ni Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) pagarán esos servicios. Asegúrese de que su proveedor participe en Medicare.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual 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, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., PST. También puede visitarnos en championhmo.com.

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual	$9.50	$9.50
Deducible del plan anual	Sin deducible	Sin deducible
Desembolso máximo anual de bolsillo (MOOP)	$499	$499

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

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

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología de diagnóstico (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.	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 cada audífono (todos los modelos); hasta (2) audífonos cada (3) años	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales	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 necesitar autorización y una referencia	Los servicios dentales preventivos e integrales no tienen cobertura fuera de la red.

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
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)	No cubierto
• 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	Asignación de $335 para marcos, lentes y actualizaciones cada año	
Salud mental para pacientes hospitalizados	Copago de $100 por los días 1 a 10 Copago de $0 por los días 11 a 90 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	No cubierto
Servicios ambulatorios de salud mental (sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare)	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.
Centro de enfermería especializada	Copago de $0 por los días 1 a 20 Copago de $218 por día para los días 21 a 100 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	No cubierto
Rehabilitación ambulatoria • Fisioterapia • Terapia del habla • Terapia ocupacional	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

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

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT) **Alimentos saludables / Artículos de venta libre / Beneficios para servicios públicos / Transporte para sesiones de diálisis**	Asignación de $415 cada (3) meses Los miembros elegibles tienen un copago de $0 por una asignación trimestral para usar en alimentos y productos saludables, artículos de venta libre, productos de bienestar y/o asistencia con los servicios públicos. El beneficio no se transfiere al siguiente período. Los miembros elegibles también reciben hasta 76 viajes de ida a sesiones de diálisis. Si usted no utiliza el servicio de transporte y usa un transporte privado para el servicio de diálisis, el conductor del servicio privado de transporte recibirá un reembolso de $0.67 por milla. Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Debe estar recibiendo alguna modalidad de diálisis. Consulte el Cuadro de beneficios médicos, Sección 2, Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.	No cubierto
Acupuntura • Servicio de acupuntura cubierto por Medicare	Copago de $0	Copago de $0
Quiropráctica • Atención quiropráctica cubierta por Medicare	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de podología (solo servicios cubiertos por Medicare)	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.	Copago de $0 Los servicios podrían requerir autorización y referencia.
Hospicio	Cubierto por Medicare Original	Cubierto por Medicare Original
Servicio de relevo	Copago de $0 Hasta 12 sesiones al año.	No cubierto

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

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

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Cobertura de medicamentos recetados		
Detalles del plan	**Dentro de la red**	
Deducible de la Parte D	Deducible de $615 (no aplica para los Niveles 1, 2 y 6)	
	Farmacia minorista participante	**Pedido por correo**
Cobertura inicial	Suministro para un máximo de 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo del copago será: Medicamentos genéricos: Copago de $0 o $1.60 o $5.10 Medicamentos de marca: Copago de $0 o $4.90 o $12.65	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo del copago será: Medicamentos genéricos: Copago de $0 o $1.60 o $5.10 Medicamentos de marca: Copago de $0 o $4.90 o $12.65
Nivel 4: Medicamento de marca no preferido	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de $0 o $1.60 o $5.10 Medicamentos de marca: Copago de $0 o $4.90 o $12.65	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de $0 o $1.60 o $5.10 Medicamentos de marca: Copago de $0 o $4.90 o $12.65
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% del costo Si recibe la asistencia del Programa de Ayuda Adicional*, el costo será: Medicamentos genéricos: Copago de $0 o $1.60 o $5.10 Medicamentos de marca: Copago de $0 o $4.90 o $12.65	No hay un suministro para 100 días disponible en el Nivel 5

Champion Select (HMO-POS C-SNP) H6474-003

Cobertura de medicamentos recetados		
Detalles del plan	**Dentro de la red**	
Nivel 6: Medicamentos de cuidado especializado	Copago de $0	Copago de $0
Cobertura catastrófica (después de que usted u otras personas en su nombre paguen $2,100)	Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina	En las farmacias minoristas, no pagará más de $20 por un suministro para un mes o $60 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. No pagará más de $35 por un suministro de insulina para un mes en el Nivel 5, aunque no haya pagado su deducible. Para pedidos por correo, no pagará más de $40 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina que cubre nuestro plan en los niveles 1, 2, 3, 4 y 6. Los suministros de insulina a largo plazo del Nivel 5 no están disponibles mediante la opción de pedido por correo.	
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.	