CHAMPION
HEALTH PLAN



혜택 요약

Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) H6170-001

Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego 카운티

H6170_SB001CA2027_M

2027 *혜택* 요약

CHAMPION HEALTH PLAN

Champion Health Plan

2027년 1월 1일 - 2027년 12월 31일

Champion Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 HMO, HMO C-SNP 및 HMO-POS C-SNP입니다. Champion Health Plan 가입은 계약 갱신 여부에 따라 결정됩니다.

제공된 혜택 정보는 저희가 보장하는 내용과 귀하가 부담하게 될 예상 비용에 대한 요약입니다. 이 문서에는 저희가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 사항 및 예외 사항이 나열되어 있지는 않습니다. 저희가 보장하는 서비스의 전체 목록을 보시려면 championhmo.com 에서 "보험증서" 책자를 참조하십시오.

Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 에 가입하려면 Medicare 파트 A 수혜 자격이 있어야 하며, Medicare 파트 B에 가입되어 있어야 하고, 당사의 서비스 지역 내에 거주해야 하며, 말기 신부전(End Stage Renal Disease, ESRD) 환자(투석 방식 불문)를 포함한 만성 신장 질환(Chronic Kidney Disease, CKD)을 앓고 있어야 합니다. 저희 서비스 지역은 캘리포니아주의 다음 카운티들을 포함합니다: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego.

진료기관 선택형(Point-of-Service, POS) 플랜이므로, 플랜 네트워크 외부의 의료 제공자를 이용할 수 있지만 추가 비용이 발생할 수 있습니다. 귀하가 Medicare에 참여하지 않는 네트워크 외 의료 제공자를 이용하는 경우, Medicare는 물론 Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 에서도 해당 서비스에 대한 비용을 지급하지 않습니다. 이용하려는 귀하의 의료 제공자가 Medicare에 참여하고 있는지 확인하십시오.

오리지널 Medicare의 보장 및 비용에 대한 자세한 내용은 귀하의 현재 "Medicare와 당신(Medicare & You)" 안내 책자를 참조하십시오. medicare.gov에서 온라인으로 확인하거나 일부 연방 공휴일을 포함해 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 문서는 점자, 큰 활자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로도 제공됩니다.

더 자세한 정보를 원하시면 무료 전화 1-800-885-8000번으로 저희에게 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는, 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)까지 이용 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는, 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시)까지 이용 가능합니다. 또한 championhmo.com에서 저희 사이트를 방문하실 수도 있습니다.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
월 보험료	$0	$0
플랜 디덕터블	디덕터블 없음	디덕터블 없음
연간 최대 본인 부담금 (Annual Maximum Out of Pocket, MOOP)	$999(네트워크 내외의 보장된 서비스 합산)	
병원 입원*	입원당 코페이 $0	적용되지 않음

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
외래 진료 병원 및 외래 수술 센터 (Ambulatory Surgery Centers, ASC)*	외래 병원 서비스 방문당 코페이 $100 외래 수술 센터에서 수술 시 코페이 $0 외래 환자 병원 관찰 시 코페이 $0	외래 병원 서비스 방문당 코페이 $100 외래 수술 센터에서 수술 시 코페이 $0 외래 환자 병원 관찰 시 코페이 $0
1차 진료 제공자	코페이 $0	코페이 $0
전문의*	코페이 $0 신장내과를 제외한 모든 서비스에 대해 승인이 필요할 수 있습니다.	코페이 $0 신장내과를 제외한 모든 서비스에 대해 승인이 필요할 수 있습니다.
예방 서비스 (Medicare 적용 검진)	코페이 $0	코페이 $0
응급 진료 (병원 응급실) **전 세계 응급 진료**	코페이 $150 관련 건강 문제로 24시간 이내에 입원할 경우 코페이가 면제됩니다.	코페이 $150 관련 건강 문제로 24시간 이내에 입원할 경우 코페이가 면제됩니다. 전 세계 최대 $100,000까지 $0 코페이 혜택 해당 플랜에서 현지 Medicare 요율의 60%를 초과하지 않는 범위 내에서 보상 가능. 전 세계적으로 긴급히 필요한 진료와 결합됨.
긴급 진료 서비스 (비병원 긴급 진료 센터) **전 세계적으로 긴급히 필요한 진료**	코페이 $0	코페이 $0 해당 플랜을 통해 전 세계적으로 최대 $100,000까지 코페이 $0로 보상받을 수 있으며, 보상 한도는 현지 Medicare 요율의 60%를 초과할 수 없습니다. 전 세계 응급 진료와 결합됨.

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
진단 서비스/검사실/영상* • 진단 검사 및 시술 • 엑스레이 • 검사실 서비스 • 진단 방사선 서비스 (MRI, CT 스캔 등) • 치료적 방사선 서비스(암에 대한 방사선 치료 등)	코페이 $0 진단 검사 및 시술, 실험실 검사 서비스에는 승인과 의뢰가 필요할 수 있습니다.	코페이 $0 진단 검사 및 시술, 실험실 검사 서비스에는 승인과 의뢰가 필요할 수 있습니다.
청력 서비스 • Medicare 적용 서비스 • 정기 청력 검사 및 보청기 피팅/평가 • 보청기	매년 Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 정기 검진 1회 및 보청기 피팅/평가 1회에 대해 코페이 $0 TruHearing Advanced 보청기의 경우, 매 3년마다 최대 2대까지 보청기 1대당 (모든 모델) 코페이 $149.	Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 정기 청력 검사, 보청기 피팅/평가 및 보청기 구입은 보장 대상이 아닙니다.
치과 서비스* • Medicare 적용 치과 서비스 • 예방 치과 서비스(검진, 클리닝, 불소 도포, 엑스레이 촬영, 기타 치과 서비스) • 종합적인 치과 서비스(보존 치료, 치주 치료, 근관 치료, 보철 치료, 외과적 수술)	예방 치과 서비스 및 Medicare 보장 치과 서비스에 대한 코페이 $0 종합 치과 서비스 비용의 20%에서 40% 예방 및 종합 치과 서비스 합산 연간 혜택 한도 $3,000	Medicare 보장 치과 서비스에 대한 코페이 $0 예방 및 종합 치과 서비스는 네트워크 외에서는 보장되지 않습니다.

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
시력 서비스 • Medicare 적용 안과 검진	Medicare가 적용되는 안과 질환 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사(연간 녹내장 검진 포함)에 대한 코페이 $0	Medicare가 적용되는 안과 질환 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사(연간 녹내장 검진 포함)에 대한 코페이 $0
• Medicare 적용 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈	백내장 수술 후 Medicare가 적용되는 안경(렌즈 및 안경테) 하나에 대해 코페이 $0	백내장 수술 후 Medicare가 적용되는 안경(렌즈 및 안경테) 하나에 대해 코페이 $0
• 정기 안과 검사	연도당 (1)회 정기 안과 검진 및 굴절 검사 시 코페이 $0	정기 안과 검사 및 안경은 보험 적용 대상이 아닙니다.
• 일반 안경테와 렌즈, 또는 콘택트렌즈	매년 일반 안경테와 렌즈 및 업그레이드에 대해 지원금 $350	
정신 건강 입원 환자*	1~10일차까지 코페이 $100 11~90일차까지 코페이 $0	적용되지 않음
정신 건강 외래 환자* (Medicare 적용 개인 및 그룹 세션)	코페이 $0	코페이 $0
전문 간호 시설*	1~20일차 코페이 $0 21~100일차 코페이 $221	적용되지 않음
외래 재활* • 물리 치료 • 언어 치료 • 작업 치료	코페이 $0	코페이 $0
구급차 서비스*	Medicare가 적용되는 항공 구급 서비스 비용의 20% Medicare가 적용되는 지상 구급차 서비스 비용은 $0 또는 $125 응급 상황이 아닌 경우의 지상 구급차 이송에는 최소 비용 분담 적용	Medicare가 적용되는 항공 구급 서비스 비용의 20% Medicare가 적용되는 지상 구급차 서비스 비용은 $0 또는 $125 응급 상황이 아닌 경우의 지상 구급차 이송에는 최소 비용 분담 적용

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
이송	코페이 $0 플랜의 승인을 받은 건강 관련 시설 40곳(편도 기준). 1회 이동 시 최대 주행 거리는 25마일입니다.	적용되지 않음
Medicare 파트 B 약품	비용의 0%~20% 30일분 인슐린에 대한 코페이는 $0에서 $15입니다.	비용의 0%~20% 30일분 인슐린에 대한 코페이는 $0에서 $15입니다.
투석	코페이 $0	비용의 20% 멕시코에서 받은 투석 서비스에 대해 연간 최대 $25,000 한도 내에서 Medicare 요율의 80%를 상환받을 수 있습니다.
내구성 의료 장비 (Durable Medical Equipment, DME)*	DME, 인공 기관 및 의료용품: $100 이하 품목은 $0 $100 초과 품목의 경우 비용의 20%	DME, 인공 기관 및 의료용품: $100 이하 품목은 $0 $100 초과 품목의 경우 비용의 20%
처방전 없이 구입 가능한 약 / 건강한 식품 / 공과금 혜택	분기별 지원금 $270. 자격 요건을 충족하는 회원은 처방전 없이 구입 가능한 품목, 건강 식품 및 농산물 그리고 공과금 비용 지원에 사용하는 직불 카드에 대해 코페이 $0를 지불합니다. 90일 이내에 사용하지 않은 월별 금액은 다음 기간으로 이월되지 않습니다.^	적용되지 않음
말기 신부전 관리 / 투석 치료를 위한 교통편	자격이 되는 회원은 투석 치료를 위해 편도 최대 200회를 이용할 수 있습니다.^	적용되지 않음

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.
^언급된 혜택은 만성 질환자(SSBCI)를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원이 자격 요건을 충족하는 것은 아닙니다. 어떤 종류든 투석을 받아야 합니다. 자격 요건 및 SSBCI 혜택에 대한 자세한 내용은 보험증서 제4장 섹션 2의 의료 혜택 표를 참조하십시오.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
말기 신부전 관리 / 투석 치료 시작	코페이 $0 투석 치료를 처음 시작하는 회원에게는 간호사가 방문하여 가정 투석 치료를 위해 동정맥루(또는 환자의 혈관 접근 부위)에 바늘을 삽입하는 방법을 시연하고 도와드립니다.^	적용되지 않음
침술 • Medicare 적용 침술 • 정기 침술	Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0 (정기 카이로프랙틱과 합산)	Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 적용되지 않음
카이로프랙틱 • Medicare 적용 카이로프랙틱 진료 • 정기 카이로프랙틱 진료	Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 침술과 합산)	Medicare 적용 서비스에 대한 코페이 $0 적용되지 않음
실버앤핏(Silver&Fit) 피트니스 혜택	헬스장 회원권 또는 피트니스 수업에 대해 매월 최대 $35까지 환급받을 수 있으며 코페이 $0	적용되지 않음
족부 진료 서비스 (Medicare 적용 서비스에 한함)*	코페이 $0	코페이 $0
호스피스	오리지널 Medicare 적용됨	오리지널 Medicare 적용됨
휴식 서비스 (간병인을 위한 지원)	회원의 간병인을 지원하기 위해 Helper Bees에서 제공하며 최대 연간 12회, 4시간 세션까지 이용할 수 있으며 코페이는 $0 입니다.	적용되지 않음
개인 비상 대응 시스템 (Personal Emergency Response System, PERS)	코페이 $0	적용되지 않음

*서비스 이용 시 사전 승인 및/또는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.
^언급된 혜택은 만성 질환자(SSBCI)를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원이 자격 요건을 충족하는 것은 아닙니다. 어떤 종류든 투석을 받아야 합니다. 자격 요건 및 SSBCI 혜택에 대한 자세한 내용은 보험증서 제4장 섹션 2의 의료 혜택 표를 참조하십시오.

플랜 세부 정보	네트워크 내	네트워크 외
원격 접근 기술(웹/전화 기반 기술 및 간호사 핫라인)	코페이 $0 회원님께서는 말기신부전(ESRD) 관련 문제로 진단 및 치료가 필요할 수 있는 상황, 질문, 우려 사항 및 ESRD 투석 치료와 관련된 기타 자원에 대해 도움을 드리기 위해 면허를 소지한 신장내과 전문의가 상주하는 24시간 전문 신장내과 콜센터를 이용하실 수 있습니다.	적용되지 않음
연례 건강 검진	연례 검진 일(1) 회에 대한 코페이 $0	연례 검진 일(1) 회에 대한 코페이 $0
가정 및 욕실 안전 장치 및 개조	샤워 의자 제공에 대한 코페이 $0	적용되지 않음
건강 교육	의료 전문가와의 직접 또는 가상 대화형 교육 세션에 대한 코페이 $0	의료 전문가와의 직접 또는 가상 대화형 교육 세션에 대한 코페이 $0

파트 D 처방약 보장		
플랜 세부 정보	**CHAMPION ADVANTAGE**	
파트 D 디덕터블	디덕터블 없음	디덕터블 없음
	참여 소매 약국	**우편 주문**
초기 보장	최대 30일 공급분	100일 공급분
1단계: 선호 제네릭(인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
2단계: 제네릭 • **인슐린**	코페이 $5 본인 부담금 $5 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $10 본인 부담금 $10 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
3군: 선호 브랜드 • **인슐린**	코페이 $47 본인 부담금 $20 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $94 본인 부담금 $40 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
4군: 비선호 브랜드 • **인슐린**	코페이 $100 본인 부담금 $20 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $200 본인 부담금 $40 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
5군: 전문 약품 군 • **인슐린**	비용의 33% 본인 부담금 $20 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	5군에서는 100일 공급분이 제공되지 않습니다
6군: 셀렉트 케어 약품 (인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
재난적 의료비 보장 (귀하 또는 귀하를 대신해 다른 사람들이 $2,400를 지불한 후)	이 단계에서는, 보험사에서 귀하가 보장받는 파트 D 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다.	

파트 D 처방약 보장	
플랜 세부 정보	**CHAMPION ADVANTAGE**
인슐린 비용에 대한 중요 안내문	소매 약국의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품에 대해 귀하가 지불하는 비용은 1개월 분은 $20, 3개월 분은 $60를 넘지 않습니다. 5군에서는 인슐린 1개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $20를 넘지 않습니다. 우편 주문의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품의 3개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $40를 넘지 않습니다. 5군 인슐린의 장기 공급은 우편 주문을 통해 제공되지 않습니다.
백신 비용에 대한 중요 안내문	당사 플랜에서는 대부분의 파트 D 백신을 무료로 제공합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.
메디케어의 추가 지원(Extra Help)	메디케어와 사회보장국(Social Security)에는 추가 지원(Extra Help)이라는 프로그램이 있으며, 이는 소득과 재산이 제한된 분들이 약값을 지불하는 데 도움을 드립니다. 귀하가 자격이 되는 경우, 메디케어 약 플랜의 월 보험료, 연간 디덕터블 및 코페이를 지원받게 됩니다. 추가 지원(Extra Help)으로 지원받은 금액은 귀하의 본인 부담금 계산에도 포함됩니다.