CHAMPION HEALTH PLAN



福利摘要

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

Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、San Bernardino 及 San Diego 縣

H6170_SB001CA2027_M

2027 年*福利*摘要

CHAMPION HEALTH PLAN

Champion Health Plan

2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日

Champion Health Plan 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO、HMO C-SNP 和 HMO-POS C-SNP。投保 Champion Health Plan 需視合約續約情況而定。

本文件所提供的福利資訊概述了我們的承保範圍以及您預計需支付的費用。本文件並未列出我們承保的所有服務，也未列出所有限制或除外項目。如需查看我們承保服務的完整清單，請瀏覽 championhmo.com 網站上的《承保內容證明》手冊。

如欲加入 **Champion Advantage (HMO-POS C-SNP)**，您必須有權享有 Medicare A 部分，已投保 Medicare B 部分，居住在我們的服務區域，並且患有慢性腎臟病 (Chronic Kidney Disease, CKD)，包括末期腎病 (End Stage Renal Disease, ESRD) (任何透析方式)。我們的服務區域包括加州的以下各縣：Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、San Bernardino 及 San Diego。

作為定點服務 (Point-of-Service, POS) 計畫，您可以使用計畫網絡以外的醫療護理提供者，但您可能需要支付額外費用。如果您使用未參與 Medicare 的網絡外醫療護理提供者，Medicare 和 Champion Advantage (HMO-POS C-SNP) 都不會支付這些服務費用。請確保您的醫療護理提供者有參與 Medicare。

如需瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查閱最新的《Medicare & You》手冊。請瀏覽 medicare.gov 在線上查看，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包括某些聯邦假日）。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
本文件有其他格式可供索取，例如盲文版、大字版或語音版。

如需瞭解更多資訊，請致電我們的免費電話 1-800-885-8000。從 10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，我們的服務時間為每週 7 天，太平洋時間 (Pacific Time, PT) 上午 8 時至晚上 8 時。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，我們的服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時 (PT)。您也可以瀏覽我們的網站 championhmo.com。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
月保費	$0	$0
計畫自付額	無自付額	無自付額
年度自付上限 (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$999（網絡內和網絡外承保服務合計）	
住院服務*	每次住院共付額 $0	不屬於承保範圍

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
門診醫院及門診手術中心 (Ambulatory Surgery Centers, ASC)*	每次門診醫院服務就診共付額 $100 在門診手術中心進行手術共付額 $0 門診醫院觀察服務共付額 $0	每次門診醫院服務就診共付額 $100 在門診手術中心進行手術共付額 $0 門診醫院觀察服務共付額 $0
基本保健服務提供者	共付額 $0	共付額 $0
專科醫生*	共付額 $0 除腎臟科外，所有服務可能均需要獲得授權。	共付額 $0 除腎臟科外，所有服務可能均需要獲得授權。
預防服務 （屬於 Medicare 承保範圍的篩檢）	共付額 $0	共付額 $0
急診護理 （醫院急診部） **全球急診護理**	共付額 $150 如因相關健康問題在 24 小時內住院，則免除共付額。	共付額 $150 如因相關健康問題在 24 小時內住院，則免除共付額。 共付額 $0，全球福利以 $100,000 為上限，計畫可提供的補償不得超過 Medicare 當地費率的 60%。與全球緊急需求護理合併計算。
緊急護理服務 （非醫院緊急護理中心） **全球緊急需求護理**	共付額 $0	共付額 $0 共付額 $0，全球福利以 $100,000 為上限，計畫可提供的補償不得超過 Medicare 當地費率的 60%。與全球急診護理合併計算。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
診斷服務／化驗／造影* • 診斷檢測和程序 • X 光檢查 • 化驗服務 • 放射診斷服務 (例如核磁共振造影 [Magnetic Resonance Imaging, MRI]、電腦斷層 [Computed Tomography, CT] 掃描) • 放射治療服務 (例如癌症放射治療)	共付額 $0 診斷檢測和程序以及化驗服務可能需要獲得授權和轉診。	共付額 $0 診斷檢測和程序以及化驗服務可能需要獲得授權和轉診。
聽力服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的服務 • 例行聽力檢查和助聽器配驗／評估 • 助聽器	每年提供一次屬於 Medicare 承保範圍的服務，共付額 $0 每年一次例行檢查和一次助聽器配驗／評估，共付額 $0 TruHearing Advanced 助聽器每個 (所有型號) 共付額 $149，每 (3) 年最多 (2) 個助聽器。	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 例行聽力檢查、助聽器驗配／評估和助聽器均不屬於承保範圍。
牙科服務* • 屬於 Medicare 承保範圍的牙科服務 • 預防性牙科服務 (檢查、洗牙、氟化物治療、X 光檢查、其他牙科服務) • 綜合牙科服務 (牙齒修復、牙周病、牙髓病、假牙贋復、手術)	預防性牙科服務和屬於 Medicare 承保範圍的牙科服務共付額 $0 綜合牙科服務需支付費用的 20% 至 40% 預防性牙科服務和綜合牙科服務合計每年福利承保限額為 $3,000	屬於 Medicare 承保範圍的牙科服務共付額 $0 網絡外預防和綜合牙科服務不屬於承保範圍。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
視力服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的眼睛檢查 • 屬於 Medicare 承保範圍的鏡框和鏡片或隱形眼鏡 • 例行眼睛檢查 • 例行鏡框和鏡片或隱形眼鏡	為了診斷和治療眼睛疾病和病症且屬於 Medicare 承保範圍的檢查共付額 $0（包括年度青光眼篩檢） 白內障手術後，屬於 Medicare 承保範圍的 (1) 副眼鏡用品（眼鏡（鏡片和鏡框））共付額 $0 每年 (1) 次例行眼睛檢查共付額 $0，每年最多 (1) 次屈光檢查 每年 $350 例行鏡框和鏡片及升級補貼	為了診斷和治療眼睛疾病和病症且屬於 Medicare 承保範圍的檢查共付額 $0（包括年度青光眼篩檢） 白內障手術後，屬於 Medicare 承保範圍的 (1) 副眼鏡用品（眼鏡（鏡片和鏡框））共付額 $0 例行眼睛檢查和眼鏡用品不屬於承保範圍。
心理健康住院*	第 1-10 天，共付額 $100 第 11-90 天，共付額 $0	不屬於承保範圍
心理健康門診*（屬於 Medicare 承保範圍的個人和團體諮詢）	共付額 $0	共付額 $0
專業護理機構*	第 1-20 天，共付額 $0 第 21-100 天，共付額 $221	不屬於承保範圍
門診復健* • 物理治療 • 言語治療 • 職能治療	共付額 $0	共付額 $0
救護服務*	屬於 Medicare 承保範圍的空中救護服務，需支付費用的 20% 屬於 Medicare 承保範圍的地面救護服務，需支付 $0 或 $125 的費用 最低分攤費用適用於非急診地面救護運輸。	屬於 Medicare 承保範圍的空中救護服務，需支付費用的 20% 屬於 Medicare 承保範圍的地面救護服務，需支付 $0 或 $125 的費用 最低分攤費用適用於非急診地面救護運輸。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
交通運輸服務	共付額 $0 40 趟單程前往計畫核准的健康相關地點。每趟行程里程數上限為 25 英里。	不屬於承保範圍
Medicare B 部分藥物	費用的 0% 至 20% 30 天藥量的胰島素，共付額 $0 至 $15	費用的 0% 至 20% 30 天藥量的胰島素，共付額 $0 至 $15
透析	共付額 $0	費用的 20% 在墨西哥接受透析服務時，您有資格獲得 Medicare 費率 80% 的補償，每年最高補貼額為 $25,000。
耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)*	耐用醫療器材 (DME)、義肢和醫療用品：$100 或以下的用品 $0 超過 $100 的用品需支付費用的 20%	耐用醫療器材 (DME)、義肢和醫療用品：$100 或以下的用品 $0 超過 $100 的用品需支付費用的 20%
非處方用品／健康食品／水電瓦斯費福利	每季 $270 補貼。合格會員取得扣帳卡支付非處方用品、健康食品和農產品，以及用於水電瓦斯費補助，共付額 $0。任何未使用的每月金額若未在 90 天內使用，不會轉結到下一期。^	不屬於承保範圍
末期腎病 (ESRD) 護理／透析治療交通運輸	合格會員可獲得最多 200 次單程前往接受透析治療。^	不屬於承保範圍

*服務可能需要獲得授權和／或轉診

^提及的福利屬於慢性病患特殊補充福利計畫 (special supplemental program for the chronically ill, SSBCI) 的一部分。並非所有會員都符合資格。您必須接受任何形式的透析治療。請參閱《承保內容證明》第 4 章第 2 節的「醫療福利表」，以獲取有關資格和慢性病患特殊補充福利計畫 (SSBCI) 的資訊。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
末期腎病 (ESRD) 護理／開始透析治療	共付額 $0 註冊護理師 (RN) 會造訪剛開始接受透析治療的病患，示範／協助將針頭插入動靜脈瘻管（或病患的廔管穿刺軸點）進行居家透析治療。^	不屬於承保範圍
針灸 • 屬於 Medicare 承保範圍的針灸 • 例行針灸	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 每年最多 50 次例行就診，共付額 $0（與例行脊椎矯正服務合併計算）	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 不屬於承保範圍
脊椎矯正服務 • 屬於 Medicare 承保範圍的脊椎矯正護理 • 例行脊椎矯正護理	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 每年最多 50 次例行就診，共付額 $0（與例行針灸合併計算）	屬於 Medicare 承保範圍的服務共付額 $0 不屬於承保範圍
Silver&Fit 健身福利	每月可獲得最多 $35 的健身房會員資格或健身課程費用補償，共付額 $0	不屬於承保範圍
足科服務（僅限屬於 Medicare 承保範圍的服務）*	共付額 $0	共付額 $0
安寧護理	屬於 Original Medicare 的承保範圍	屬於 Original Medicare 的承保範圍
喘息服務（照顧者支援）	由 Helper Bees 為會員的照顧者提供的支援，每年最多十二 (12) 次 4 小時的服務，共付額 $0。	不屬於承保範圍
個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS)	共付額 $0	不屬於承保範圍

*服務可能需要獲得授權和／或轉診

^提及的福利屬於慢性病患特殊補充福利計畫 (special supplemental program for the chronically ill, SSBCI) 的一部分。並非所有會員都符合資格。您必須接受任何形式的透析治療。請參閱《承保內容證明》第 4 章第 2 節的「醫療福利表」，以獲取有關資格和慢性病患特殊補充福利計畫 (SSBCI) 的資訊。

計畫詳細資訊	網絡內	網絡外
遠距服務技術（網路／電話型技術和護理熱線）	共付額 $0 您可以使用由持照腎臟科醫生提供服務的全天候腎臟病專科電話中心，該中心旨在幫助會員解決與末期腎病 (ESRD) 相關的各種問題，可能對病患的末期腎病 (ESRD) 透析護理提供相關診斷和治療、疑問解答、疑慮解惑以及其他資源。	不屬於承保範圍
年度身體檢查	一 (1) 次年度檢查共付額 $0	一 (1) 次年度檢查共付額 $0
居家和浴室安全裝置及改裝	提供淋浴椅共付額 $0	不屬於承保範圍
健康教育	與健康專業人員進行面對面或網路互動教育課程，共付額 $0。	與健康專業人員進行面對面或網路互動教育課程，共付額 $0。

D 部分處方藥承保		
計畫詳細資訊	**CHAMPION ADVANTAGE**	
D 部分自付額	沒有自付額	沒有自付額
	簽約零售藥房	**郵購**
初始承保	最多 30 天藥量	100 天藥量
層級 1：首選學名藥（包括胰島素）	共付額 $0	共付額 $0
層級 2：學名藥 • **胰島素**	共付額 $5 共付額 $5 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $10 共付額 $10 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 3：首選品牌藥 • **胰島素**	共付額 $47 共付額 $20 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $94 共付額 $40 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 4：非首選品牌藥 • **胰島素**	共付額 $100 共付額 $20 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $200 共付額 $40 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準
層級 5：專科層級 • **胰島素**	費用的 33% 共付額 $20 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	層級 5 不提供 100 天藥量
層級 6：特選護理藥物（包括胰島素）	共付額 $0	共付額 $0
重大傷病承保（在您或其他人代您支付 $2,400 後）	在此階段期間，計畫會為您的 D 部分承保藥物支付全額費用。	

D 部分處方藥承保	
計畫詳細資訊	**CHAMPION ADVANTAGE**
與您需為胰島素支付之費用有關的重要訊息	在零售藥房據點，您為屬於本計畫層級 2、3 及 4 承保範圍的各項胰島素產品一個月藥量支付的費用將不會超過 $20，三個月藥量將不會超過 $60。您為層級 5 胰島素一個月藥量支付的費用將不會超過 $20。若為郵購，您為屬於本計畫層級 2、3 及 4 承保範圍的各項胰島素產品三個月藥量支付的費用將不會超過 $40。層級 5 胰島素的長期藥量不透過郵購提供。
與您需為疫苗支付之費用有關的重要訊息	本計畫為您免費承保大多數 D 部分疫苗。 請致電會員服務部以瞭解更多資訊。
Medicare 額外補助	Medicare 和社會安全局提供一項名為「額外補助（Extra Help）」的計畫，旨在協助收入和資源有限的人士支付藥物費用。若您符合資格，該計畫將幫助您支付 Medicare 藥物計畫的每月保費、年度自付額以及共付額。此外，「額外補助」的金額也會計入您的自付費用中。