CHAMPION HEALTH PLAN



혜택 요약

Champion Ally (HMO) H6170-007

프레스노, 임페리얼, 컨, 로스앤젤레스, 마데라, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고 카운티

H6170_SB007CA2027_M

2027 혜택 요약

Champion Health Plan

2027년 1월 1일 - 2027년 12월 31일

Champion Health Plan은 메디케어와 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.com에서 "보험증서" 책자를 참조하십시오.

Champion Ally (HMO)에 가입하려면, 귀하는 메디케어 파트 A 자격이 있고, 메디케어 파트 B에 가입되어 있으며, 저희 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. 저희 서비스 지역은 캘리포니아주의 다음 카운티들을 포함합니다: 프레스노, 임페리얼, 컨, 로스앤젤레스, 마데라, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고.

응급 상황을 제외하고, 귀하가 저희 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하는 경우 저희는 해당 서비스에 대한 비용을 지급하지 않을 수 있습니다.

오리지널 메디케어의 보장 및 비용에 대한 자세한 내용은 귀하의 현재 "메디케어와 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	CHAMPION ALLY
월 보험료	$0
연간 플랜 디덕터블	디덕터블 없음
연간 최대 본인 부담금(MOOP)	$499

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
병원 입원*	체류당 $0
외래 진료 병원 및 외래 수술 센터(ASC)*	외래 병원 서비스에 대한 코페이 $100 외래 수술 센터에서 수술 시 코페이 $0 외래 환자 병원 관찰 시 코페이 $0
1차 진료 제공자	코페이 $0
전문의*	코페이 $0 신장내과를 제외한 모든 서비스에 대해 승인이 필요할 수 있습니다.
예방 서비스 (메디케어 보장 검진)	코페이 $0
응급 진료 (병원 응급실) **전 세계 응급 진료**	코페이 $150 관련 건강 문제로 24시간 이내에 입원할 경우 코페이가 면제됩니다. 해당 플랜을 통해 전 세계적으로 최대 $100,000까지 코페이 $0로 보상받을 수 있으며, 보상 한도는 현지 메디케어 요율의 60%를 초과할 수 없습니다. 전 세계적으로 긴급히 필요한 진료와 결합됨.
긴급 진료 서비스 **(비병원 긴급 진료 센터)** **전 세계적으로 긴급히 필요한 진료**	코페이 $0 해당 플랜을 통해 전 세계적으로 최대 $100,000까지 코페이 $0로 보상받을 수 있으며, 보상 한도는 현지 메디케어 요율의 60%를 초과할 수 없습니다. 전 세계 응급 진료와 결합됨.
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, 검사실 서비스에는 승인과 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

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

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
청력 서비스 • 메디케어 적용 서비스 • 정기 청력 검사 및 보청기 피팅/평가 • 보청기	매년 메디케어 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.
치과 서비스* • 메디케어 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%. 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 예방 및 종합 치과 서비스 합산 연간 혜택 보장 한도 $3,000
시력 서비스 • 메디케어 적용 안과 검진 • 메디케어 적용 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈 • 정기 안과 검사 • 일반 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈	메디케어가 적용되는 안과 질환 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사(연간 녹내장 검진 포함)에 대한 코페이 $0 백내장 수술 후 메디케어가 적용되는 안경류(안경 또는 콘택트 렌즈) (1)쌍에 대한 코페이 $0 연도당 (1)회 정기 안과 검진 및 굴절 검사 시 코페이 $0 매년 안경(일반 안경테 및 렌즈) 및 업그레이드에 대해 지원금 $350
정신 건강 입원 환자*	1~5일차 코페이 $100 6~90일차 코페이 $0
정신 건강 외래 환자*(메디케어 적용 개인 및 그룹 세션)	코페이 $0
전문 간호 시설*	1~20일차 코페이 $0 21~100일차 하루당 $221
외래 재활* • 물리 치료 • 언어 치료 • 작업 치료	코페이 $0

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

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
구급차 서비스*	메디케어가 적용되는 항공 구급 서비스 비용의 20% 메디케어가 적용되는 지상 구급차 서비스 비용은 $0 또는 $125 응급 상황이 아닌 경우의 항공 및 지상 구급차 이송에는 최소 비용 분담 적용.
이송	코페이 $0 플랜의 승인을 받은 건강 관련 시설 48곳(편도 기준). 1회 이동 시 최대 주행 거리는 25마일입니다.
메디케어 파트 B 약품*	비용의 0%~20% 30일분 인슐린에 대한 코페이는 $0에서 $35입니다.
투석	비용의 20%
내구성 의료 장비(DME)*	DME, 인공 기관 및 의료용품: $100 이하 품목은 $0 $100 초과 품목의 경우 비용의 20%
처방전 없이 구입 가능한 약 / 건강한 식품 / 공과금 혜택	매 분기마다 지원금 $225. 건강 식품 및 농산물, 처방전 없이 구입 가능한 약 및/또는 공과금 지원에 사용할 수 있는 분기별 지원금에 대한 코페이는 $0입니다. 언급된 혜택 중 일부는 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일환입니다. 모든 가입자가 자격이 되는 것은 아닙니다. 해당 조건에는 당뇨병, 심혈관 질환, 뇌졸중, 과체중, 비만, 대사증후군 및 암 등이 포함됩니다. 이는 자격이 갖추기 위한 조건의 전체 목록이 아닙니다. 자격 요건에 대한 자세한 내용과 해당 질환의 전체 목록은 귀하의 보험증서 제4장 섹션 2의 '만성질환자를 위한 특별 보충 혜택' 의료 혜택 표를 참조하십시오. 1분기에 사용되지 않은 자금은 2분기로 이월되지만, 이후 분기로는 이월되지 않습니다. 미사용 자금의 이월을 위한 이 순차적 일정은 해당 연도의 남은 분기에 적용됩니다.

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

플랜 세부 정보	CHAMPION ALLY
침술 • 메디케어 적용 침술 • 정기 침술	메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 카이로프랙틱과 합산)
카이로프랙틱 • 메디케어 적용 카이로프랙틱 치료 • 정기 카이로프랙틱 치료	메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 침술과 합산)
실버앤핏(Silver&Fit) 피트니스 혜택	헬스장 회원권 또는 피트니스 수업에 대해 매월 최대 $35까지 환급받을 수 있으며 코페이 $0
족부 진료 서비스 (메디케어 적용 서비스에 한함)*	코페이 $0
호스피스	Original Medicare 적용됨
휴식 서비스 (간병인을 위한 지원)	가입자의 간병인을 위한 Helper Bees 지원 서비스를 최대 십이(12) 회의 4시간 세션에 대해 코페이 $0로 이용하실 수 있습니다.
개인 비상 대응 시스템(PERS)	코페이 $0
연례 건강 검진	연례 검진 일(1) 회에 대한 코페이 $0
가정 및 욕실 안전 장치및 개조	샤워 의자 제공에 대한 코페이 $0
건강 교육	코페이 $0

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

파트 D 처방약 보장		
플랜 세부 정보	**CHAMPION ALLY**	
파트 D 디덕터블	디덕터블 없음	디덕터블 없음
	참여 소매 약국	**우편 주문**
초기 보장	최대 30일 공급분	100일 공급분
1군: 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 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $94 본인 부담금 $70 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
4군: 비선호 브랜드 • **인슐린**	코페이 $100 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	코페이 $200 본인 부담금 $70 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
5단계: 전문 약품 군 • **인슐린**	비용의 33% 본인 부담금 $35 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.	
인슐린 비용에 대한 중요 안내문	소매 약국의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품에 대해 귀하가 지불하는 비용은 1개월 분은 $35, 3개월 분은 $105를 넘지 않습니다. 5군에서는 인슐린 1개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $35를 넘지 않습니다. 우편 주문의 경우, 저희 플랜 2, 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품의 3개월 분에 대해 귀하가 지불하는 비용은 $70를 넘지 않습니다. 5군 인슐린의 장기 공급은 소매 약국 또는 우편 주문을 통해 제공되지 않습니다.	

파트 D 처방약 보장	
플랜 세부 정보	**CHAMPION ALLY**
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.