CHAMPION HEALTH PLAN



福利摘要

Champion Ally (HMO) H6170-007

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

H6170_SB007CA2027_M

2027 年福利摘要

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 Ally (HMO)**，您必須有權享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，並居住在我們的服務區域。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。

除緊急情況外，如果您使用不屬於我們網路的醫療服務提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

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	CHAMPION ALLY
月保費	$0
年度計畫自付額	無自付額
年度自付上限 (Maximum Out of Pocket, MOOP)	$499

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
住院服務*	每次住院 $0
門診醫院及門診手術中心 (Ambulatory Surgery Center, ASC)*	門診醫院服務需共付額 $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
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。
預防服務 （屬於 Medicare 承保範圍的篩檢）	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 $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，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。
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。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
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。
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%。可能有一些限制。 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
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 (眼鏡或隱形眼鏡) 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 眼鏡 (例行鏡片和鏡框) 及升級補貼
心理健康住院*	第 1-5 天，共付額 $100 第 6-90 天，共付額 $0
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
專業護理機構*	第 1-20 天，共付額 $0 第 21-100 天，每天 $221
門診復健* • 物理治療 • 言語治療 • 職能治療	共付額 $0

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
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空中和地面救護運輸服務。
交通運輸服務	共付額 $0 48 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。
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 $35。
透析	費用的 20%
耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)*	DME、義肢及醫療用品：$100 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 $225 補貼。 每季補貼一次，可用於購買健康食品和農產品、非處方用品和／或用於水電瓦斯費補助，共付額 $0。上述部分福利屬於慢性病特殊補充福利計畫的一部分。並非所有會員都符合資格。符合資格的疾病包括糖尿病、心血管疾病、中風、體重過重、肥胖症、代謝症候群和癌症。這並非合格疾病的完整清單。請參閱《承保內容證明》第 4 章第 2 節「醫療福利表」中的「慢性病特殊補充福利」，以獲取更多資訊瞭解相關資格及合格疾病的完整清單。第一季度未使用的資金將轉結到第二季度，但不能轉結到後續季度。此未使用資金的逐季轉結安排適用於該年度剩餘的季度。

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

計畫詳細資訊	CHAMPION ALLY
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）
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）
Silver&Fit 健身福利	共付額 $0，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
足科服務 （僅限屬於 Medicare 承保範圍的服務）*	共付額 $0
安寧護理	屬於 Original Medicare 的承保範圍
喘息服務 （照顧者支援）	共付額 $0，由 Helper Bees 為會員的照顧者提供的支援，最多十二 (12) 次 4 小時的服務
個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS)	共付額 $0
年度身體檢查	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
健康教育	共付額 $0

*服務可能需要獲得授權和／或轉診。

D 部分處方藥承保		
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**	
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 $35 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $94 共付額 $70 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 $35 或費用的 25%，以兩者當中金額較低者為準	共付額 $200 共付額 $70 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 $35 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。	
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 $35，三個月藥量將不會超過 $105。您為層級 5 胰島素一個月藥量支付的費用將不會超過 $35。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 $70。層級 5 胰島素的長期藥量不透過零售藥房或郵購提供。	

D 部分處方藥承保	
計畫詳細資訊	**CHAMPION ALLY**
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。