CHAMPION
HEALTH PLAN



혜택 요약

Champion Choice
(HMO C-SNP) H6170-009

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

H6170_SB009CA2027_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 Choice (HMO C-SNP)에 가입하려면, 귀하는 메디케어 파트 A 자격이 있고, 메디케어 파트 B에 가입되어 있으며, 저희 서비스 지역에 거주하고, 심혈관 질환, 울혈성 심부전, 만성 심부전(CHF), 관상동맥 질환(CAD), 심장 부정맥 또는 당뇨병 진단을 받아야 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 CHOICE
월 보험료	$2.60
플랜 디덕터블	플랜 디덕터블 없음 파트 B 디덕터블 $283 (이 2026년 비용 분담 금액은 2027년에 변경될 수 있습니다.) Champion Health Plan은 2027년 요금이 발표되면 웹사이트에 업데이트된 요금을 제공할 예정입니다.)
연간 최대 본인 부담금(MOOP)	$9,850

플랜 세부 정보	CHAMPION CHOICE
병원 입원*	혜택 기간당 디덕터블 $1,736 1~60일차 $0 61~90일차 하루당 코페이 $434 각 혜택 기간의 90일 이후, 평생 예비일마다 하루당 $868의 코페이(평생 최대 60일까지) 평생 예비일을 초과하는 모든 비용의 100% (2026년 비용 분담 금액은 2027년에 변경될 수 있습니다. Champion Health Plan은 2027년 요율이 발표되면 웹사이트에 업데이트된 요율을 제공할 예정입니다.)
외래 진료 병원 및 외래 수술 센터 (ASC)*	외래 병원 서비스 비용의 20% 외래 수술 센터에 수술 시 비용의 20% 외래 환자 병원 관찰 시 비용의 20%
1차 진료 제공자	코페이 $0
전문의*	비용의 20%
예방 서비스 (메디케어 적용 검진)	코페이 $0
응급 진료 (병원 응급실) **전 세계 응급 진료**	코페이 $115 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 치료와 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.

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

플랜 세부 정보	CHAMPION CHOICE
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)	검사실 서비스 및 엑스레이에 대한 코페이 $0 모든 기타 서비스 비용의 20% 진단 검사 및 시술, 실험실 검사 서비스에는 승인과 의뢰가 필요할 수 있습니다.
청력 서비스	
• Medicare 적용 서비스	매년 메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0
• 정기 청력 검사 및 보청기 피팅/평가	매년 정기 검진 1회 및 보청기 피팅/ 평가 1회에 대해 코페이 $0
• 보청기	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% 예방 및 종합 치과 서비스 합산 연간 혜택 한도 $3,000
시력 서비스	
• Medicare 적용 안과 검진	메디케어가 적용되는 안과 질환 및 상태 진단 및 치료를 위한 검사(연간 녹내장 검진 포함)에 대한 코페이 $0
• 메디케어 적용 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈	백내장 수술 후 메디케어가 적용되는 안경류(안경 또는 콘택트 렌즈) (1) 쌍에 대한 코페이 $0
• 정기 안과 검사	연도당 (1)회 정기 안과 검진 및 굴절 검사 시 코페이 $0
• 일반 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈	매년 일반 안경테와 렌즈 및 업그레이드에 대해 지원금 $350

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

플랜 세부 정보	CHAMPION CHOICE
정신 건강 입원 환자*	혜택 기간당 디덕터블 $1,736 1~60일차 $0 61~90일차 하루당 코페이 $434 각 혜택 기간의 90일 이후, 평생 예비일마다 하루당 $868의 코페이 (평생 최대 60일까지) 평생 예비일을 초과하는 모든 비용의 100% (2026년 비용 분담 금액은 2027년에 변경될 수 있습니다. Champion Health Plan은 2027년 요율이 발표되면 웹사이트에 업데이트된 요율을 제공할 예정입니다.)
정신 건강 외래 환자* (메디케어 적용 개인 및 그룹 세션)	그룹 세션의 경우 코페이 $0 개별 세션의 경우 비용의 20%
전문 간호 시설*	1~20일차 코페이 $0 21~100일차 코페이 $221
외래 재활* • 물리 치료 • 언어 치료 • 작업 치료	작업 치료 서비스에 대한 코페이 $0 물리 및 언어 치료 서비스에 대한 코페이 $0
구급차 서비스*	항공 구급 비용의 0%~20% 지상 구급차 비용의 0%~20%, 단 코페이는 $125를 초과할 수 없음 응급 상황이 아닌 경우의 구급차 이송에는 최소 비용 분담이 적용됩니다.
이송	코페이 $0 플랜의 승인을 받은 건강 관련 시설 60곳(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: 비용의 20%

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

플랜 세부 정보	CHAMPION CHOICE
처방전 없이 구입 가능한 약 / 건강한 식품 / 공과금 혜택	매 분기마다 지원금 $582. 건강 식품 및 농산물, 처방전 없이 구입 가능한 약 및/또는 공과금 지원에 사용할 수 있는 분기별 지원금에 대한 코페이는 $0입니다. 월별 금액 중 90일 이내에 사용하지 않은 금액은 다음 기간으로 이월되지 않습니다. 언급된 혜택 중 일부는 만성 질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일환입니다. 모든 가입자가 자격이 되는 것은 아닙니다. 해당 조건에는 당뇨병, 심혈관 질환 및 만성 심부전이 포함됩니다. 자격 요건에 대한 자세한 내용은 보험증서 제4장 섹션 2의 의료 혜택 표를 참조하십시오.
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 진료 • 정기 카이로프랙틱 진료	 메디케어 적용 서비스에 대한 코페이 $0 매년 최대 50회의 정기 진료 방문에 대해 코페이 $0(정기 침술과 합산)

플랜 세부 정보	CHAMPION CHOICE
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 장치 및 개조	샤워 의자 제공에 대한 코페이 $0
건강 교육	코페이 $0
체중 관리 프로그램	영양사 또는 식이요법 전문가와의 상담, 개인 맞춤형 운동 계획, 필요에 따른 행동 지원에 대한 코페이는 $0입니다.

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

파트 D 처방약 보장		
플랜 세부 정보	**CHAMPION CHOICE**	
파트 D 디덕터블	디덕터블 $700(1, 2, 6군에는 적용되지 않음)	
	참여 소매 약국	**우편 주문**
초기 보장	최대 30일 공급분	100일 공급분
1군: 선호 제네릭 (인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
2군: 제네릭 (인슐린 포함)	코페이 $0	코페이 $0
3군: 선호 브랜드 • 인슐린	비용의 25% 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	비용의 25% 본인 부담금 $105 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
4군: 비선호 브랜드 • 인슐린	비용의 25% 본인 부담금 $35 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액	비용의 25% 본인 부담금 $105 또는 총 비용의 25% 중 더 적은 금액
5군: 특수 계층 • 인슐린	비용의 25% 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	저희 플랜 3 및 4군에 포함된 각 인슐린 제품에 대해 귀하가 지불하는 비용은 1개월 분은 $35, 3개월 분은 $105를 넘지 않으며, 5군 인슐린의 1개월 분에 대해서는 귀하의 디덕터블을 납부하지 않았더라도 귀하가 지불하는 비용은 $35를 넘지 않습니다.	
백신 비용에 대한 중요 안내문	당사 플랜에서는 디덕터블을 다 내지 않았더라도 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장해 드립니다. 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.	