

Thông Tin Sơ Lược về Quyền Lợi năm 2024

Bảng Tóm Lược Quyền Lợi của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Medicare

Phí Bảo Hiểm và Quyền Lợi	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO-POS)
Phần mô tả	Quý vị trả	Quý vị trả	Quý vị trả
Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	\$0	\$30	\$125
Thăm Khám tại Văn Phòng Bác Sĩ	\$5 Bác Sĩ Chăm Sóc Chính/ \$40 Bác Sĩ Chuyên Khoa (\$0 đối với lần thăm khám qua mạng ¹)	\$5 Bác Sĩ Chăm Sóc Chính/ \$40 Bác Sĩ Chuyên Khoa (\$0 đối với lần thăm khám qua mạng ¹)	\$5 Bác Sĩ Chăm Sóc Chính/ \$30 Bác Sĩ Chuyên Khoa (\$0 đối với lần thăm khám qua mạng ¹)
Dịch Vụ Phòng Ngừa²	Miễn phí	Miễn phí	Miễn phí
Khẩn Cấp/Chăm Sóc Cấp Cứu	\$40 Khẩn Cấp/ \$100 Cấp Cứu	\$40 Khẩn Cấp/ \$100 Cấp Cứu	\$30 Khẩn Cấp/ \$120 Cấp Cứu
Xét nghiệm, chụp X-quang	\$0 xét nghiệm, \$20 chụp X-quang	\$0 xét nghiệm, \$15 chụp X-quang	\$0 xét nghiệm, \$10 chụp X-quang
Điều Trị Nội Trú tại Bệnh Viện	\$300 mỗi ngày từ ngày 1 đến ngày 5 Miễn phí cho thời gian nằm viện còn lại	\$295 mỗi ngày từ ngày 1 đến ngày 5 Miễn phí cho thời gian nằm viện còn lại	\$190 mỗi ngày từ ngày 1 đến ngày 5 Miễn phí cho thời gian nằm viện còn lại
Phẫu Thuật Ngoại Trú tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú	\$300	\$250	\$125

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Phần D³

Phần mô tả	Quý vị trả	Quý vị trả	Quý vị trả
Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu (cho một lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày) Khi tổng chi phí thuốc hàng năm do quý vị hoặc bất cứ chương trình Phần D nào chi trả đạt đến \$5,030 , quý vị sẽ được chuyển sang giai đoạn Không Đài Thọ.	\$0 thuốc gốc ưu tiên (Bậc 1) \$12 thuốc gốc (Bậc 2) \$45 thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 3) \$100 thuốc không ưu tiên (Bậc 4) 33% thuốc chuyên khoa (Bậc 5) \$0 thuốc tiêm chủng Phần D (Bậc 6)	\$0 thuốc gốc ưu tiên (Bậc 1) \$12 thuốc gốc (Bậc 2) \$45 thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 3) \$100 thuốc không ưu tiên (Bậc 4) 33% thuốc chuyên khoa (Bậc 5) \$0 thuốc tiêm chủng Phần D (Bậc 6)	\$0 thuốc gốc ưu tiên (Bậc 1) \$12 thuốc gốc (Bậc 2) \$42 thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 3) \$80 thuốc không ưu tiên (Bậc 4) 33% thuốc chuyên khoa (Bậc 5) \$0 thuốc tiêm chủng Phần D (Bậc 6)
Nhà Thuốc Gửi Qua Bưu Điện của chúng tôi⁴ (Có thể áp dụng các hạn chế và giới hạn.)	\$0 tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày đối với thuốc gốc ưu tiên và thuốc gốc (Bậc 1 và 2) Tất cả các loại thuốc khác: 2 khoản tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày	\$0 tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày đối với thuốc gốc ưu tiên và thuốc gốc (Bậc 1 và 2) Tất cả các loại thuốc khác: 2 khoản tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày	\$0 tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày đối với thuốc gốc ưu tiên và thuốc gốc (Bậc 1 và 2) Tất cả các loại thuốc khác: 2 khoản tiền đồng trả cho số lượng thuốc dùng trong tối đa 90 ngày

Để biết thêm thông tin về **Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Phần D**, vui lòng xem bản **Tóm Lược Quyền Lợi** của quý vị.

Để xem thêm quyền lợi, hãy truy cập kp.org/medichart (bằng tiếng Anh) và nhập mã bưu chính của quý vị.

Phí Bảo Hiểm và Quyền Lợi

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Value DC (HMO-POS)**

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Standard DC (HMO-POS)**

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
High DC (HMO-POS)**

Phần mô tả	Quyền lợi	Quyền lợi	Quyền lợi
Quyền lợi bổ sung khác được bao gồm trong chương trình của quý vị			
Nha Khoa⁵	\$0 chăm sóc phòng ngừa bao gồm 2 lần khám răng và làm sạch răng với chụp X-quang mỗi năm và \$1,000 trợ cấp nha khoa toàn diện hàng năm với tiền đồng bảo hiểm 50%	\$0 chăm sóc phòng ngừa bao gồm 2 lần khám răng và làm sạch răng với chụp X-quang mỗi năm và \$1,000 trợ cấp nha khoa toàn diện hàng năm với tiền đồng bảo hiểm 50%	\$0 chăm sóc phòng ngừa bao gồm 2 lần khám răng và làm sạch răng với chụp X-quang mỗi năm và \$500 trợ cấp nha khoa toàn diện hàng năm với tiền đồng bảo hiểm 50%
Quyền Lợi Nhãn Khoa	\$200 mỗi 24 tháng đối với kính hoặc kính áp tròng	\$250 mỗi 24 tháng đối với kính hoặc kính áp tròng	\$250 mỗi 24 tháng đối với kính hoặc kính áp tròng
Quyền Lợi về Dụng Cụ Trợ Thính	\$1,000 trợ cấp mỗi tai, mỗi 36 tháng		
Medicare Explorer bởi Kaiser Permanente (Quyền lợi ngoài khu vực có giới hạn) ⁶	\$1200 trợ cấp hàng năm cho chăm sóc thường xuyên ngoài khu vực		
Chương Trình Thể Dục Silver&Fit^{®7}	Không được bao gồm	Miễn phí khi tham gia tại bất cứ cơ sở, chương trình thể dục và chương trình thể dục tại nhà nào có tham gia chương trình	

Gói Chương Trình Bổ Sung Tùy Chọn (Advantage Plus)

Phần mô tả	Quý vị trả	Quý vị trả	Quý vị trả
Chương trình Advantage Plus Tùy Chọn 1 Nha khoa toàn diện bổ sung, ⁵ \$500 mức trợ cấp hàng năm với tiền đồng bảo hiểm 50%, quyền lợi về thính giác và mắt kính	\$18 cộng với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị		
Chương trình Advantage Plus Tùy Chọn 2 Nha khoa toàn diện hàng năm bổ sung ⁵ mức trợ cấp \$1,000 với tiền đồng bảo hiểm 50%	\$23 cộng với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị		

Để xem thêm quyền lợi, hãy truy cập **kp.org/medichart** (bằng tiếng Anh) và nhập mã bưu chính của quý vị.

1. Khi phù hợp và có sẵn. Nếu quý vị di chuyển ra khỏi tiểu bang, dịch vụ khám qua mạng có thể bị giới hạn do luật pháp của tiểu bang có thể không cho phép các bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc vượt quá địa phận tiểu bang. Luật pháp khác nhau tùy theo tiểu bang. 2. \$0 tiền đồng trả cho tất cả các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ theo Original Medicare và không có phần chia sẻ chi phí. 3. Đối với insulin — quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho số lượng thuốc một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ. Đối với thuốc chủng ngừa — chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho hầu hết các loại thuốc chủng ngừa Phần D. 4. Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể yêu cầu lấy thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện thông qua nhà thuốc gửi qua đường bưu điện Kaiser Permanente của chúng tôi. Quý vị sẽ nhận được thuốc trong vòng 3–5 ngày. Nếu không nhận được, vui lòng gọi **1-800-733-6345 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. 5. Các quyền lợi nha khoa được đài thọ bởi Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., và do LIBERTY Dental Plan quản lý. 6. Các hội viên chịu trách nhiệm trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được đài thọ vượt quá mức trợ cấp hàng năm tối đa là \$1,200. Mức trợ cấp có thể được sử dụng cho dịch vụ chăm sóc định kỳ ngoài khu vực như thăm khám tại văn phòng, xét nghiệm, chụp X-quang, vật lý trị liệu và chăm sóc sức khỏe hành vi. Việc đài thọ giới hạn ở bên trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Xem *Chúng Tôi Bảo Hiểm* của quý vị để biết thông tin chi tiết. 7. Silver&Fit[®] là thương hiệu đã đăng ký trên toàn liên bang của American Specialty Health, Inc. Kaiser Permanente là một chương trình của HMO và HMO-POS có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia chương trình của Kaiser Permanente tùy thuộc vào tình hình gia hạn hợp đồng. Quý vị phải sống trong khu vực phục vụ của chương trình bảo hiểm sức khỏe Kaiser Permanente Medicare nơi quý vị ghi danh tham gia.

