

한 눈에 보는 2024년도 보험 혜택

Medicare 건강 플랜 혜택 하이라이트 차트

보험료 및 혜택	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt/MD (HMO)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)
구분	가입자 지불금	가입자 지불금	가입자 지불금
월 보험료	\$0	\$27	\$136
개인 병원 검진 방문	주치의 \$10/ 전문의 \$40 (화상 검진 방문 \$0 ¹)	주치의 \$5/ 전문의 \$35 (화상 검진 방문 \$0 ¹)	주치의 \$10/ 전문의 \$35 (화상 검진 방문 \$0 ¹)
예방 서비스 ²	무료	무료	무료
긴급/응급 진료	긴급 \$40/ 응급 \$100	긴급 \$35/ 응급 \$100	긴급 \$35/ 응급 \$120
검사, 엑스레이	검사 \$0, 엑스레이 \$20	검사 \$0, 엑스레이 \$15	검사 \$0, 엑스레이 \$10
병원 입원	1일차부터 5일차까지 일 \$300 잔여 입원 기간은 청구비 없음	1일차부터 5일차까지 일 \$270 잔여 입원기간은 청구비 없음	1일차부터 5일차까지 일 \$250 잔여 입원 기간은 청구비 없음
통원 수술 센터 내 외래 환자 수술	\$300	\$250	\$125

파트 D 처방약 보장³

구분	가입자 지불금	가입자 지불금	가입자 지불금
초기 보장 단계 (최대 30일분) 가입자와 파트 D 플랜에서 지불한 연간 의약품 비용의 총액이 \$5,030에 도달하면, 차액 보장(Coverage Gap) 으로 전환됩니다.	지정 복제약(1 단계) \$5 복제약(2 단계) \$15 지정 브랜드 약(3 단계) \$45 비지정 약(4 단계) \$100 특수약(5 단계) 33% 주입식 파트 D 백신 (6 단계) \$0	지정 복제약(1 단계) \$0 복제약(2 단계) \$12 지정 브랜드 약(3 단계) \$45 비지정 약(4 단계) \$100 특수약(5 단계) 33% 주입식 파트 D 백신 (6 단계) \$0	지정 복제약(1 단계) \$0 복제약(2 단계) \$12 지정 브랜드 약(3 단계) \$42 비지정 약(4 단계) \$80 특수약(5 단계) 33% 주입식 파트 D 백신 (6 단계) \$0
우편 주문 약국 ⁴ (제약 사항 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.)	최대 90일분의 지정 복제약 및 복제약 코페이 \$0(1 단계 및 2 단계) 기타 모든 약: 최대 90일 분에 대해 코페이 2회	최대 90일분의 지정 복제약 및 복제약 코페이 \$0(1 단계 및 2 단계) 기타 모든 약: 최대 90일 분에 대해 코페이 2회	최대 90일분의 지정 복제약 및 복제약 코페이 \$0(1 단계 및 2 단계) 기타 모든 약: 최대 90일 분에 대해 코페이 2회

파트 D 처방약 보장에 관한 자세한 내용은 **혜택 요약** (Summary of Benefits) 에서 확인하십시오.
다양한 혜택을 확인하려면 kp.org/medichart (영문) 를 방문하여 해당 우편 번호를 입력하십시오.

(혜택 내용은 뒷면에 계속)

보험료 및 혜택

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Value Balt/MD (HMO)

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Standard MD (HMO-POS)

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
High MD (HMO-POS)

구분	혜택	혜택	혜택
귀하의 플랜에 포함된 추가 보충 혜택			
치과⁵	년 2회의 엑스레이를 통한 구강 검진과 세척이 포함된 예방 진료 \$0 및 50% 공동보험금이 적용된 종합 치과 검진 연간 지원금 \$1,000	년 2회의 엑스레이를 통한 구강 검진과 세척이 포함된 예방 진료 \$0 및 50% 공동보험금이 적용된 종합 치과 검진 연간 지원금 \$1,000	년 2회의 엑스레이를 통한 구강 검진과 세척이 포함된 예방 진료 \$0 및 50% 공동보험금이 적용된 종합 치과 검진 연간 지원금 \$500
시력 혜택	매 24개월마다 안경이나 콘택트 렌즈 구매 지원금 \$200	매 24개월마다 안경이나 콘택트 렌즈 구매 지원금 \$200	매 24개월마다 안경이나 콘택트 렌즈 구매 지원금 \$225
보청기 혜택	36개월마다 귀 한쪽 당 지원금 \$1,000		
Kaiser Permanente의 Medicare Explorer (제한적인 서비스 지역 외 혜택)⁶	포함되지 않음	서비스 지역 외 정기 진료에 대한 연간 지원금 \$1,200	
신체 단련 프로그램 Silver&Fit^{®7}	포함되지 않음	참여하는 시설, 운동 프로그램 및 가정 신체 단련 프로그램에 대한 멤버십 무료	

선택적 보충 패키지(Advantage Plus)

구분	가입자 지불금	가입자 지불금	가입자 지불금
Advantage Plus 옵션 1 추가 종합 치과 검진, ⁵ \$500 50%의 공동보험금이 적용된 연간 보조금, 청각 및 눈 혜택 사항	월 플랜 보험료에 추가로 \$18		
Advantage Plus 옵션 2 50% 공동보험금이 적용된 추가 연간 종합 치과 검진 ⁵ 보조금 \$1,000	월 플랜 보험료에 추가로 \$23		

다양한 혜택을 확인하려면 kp.org/medichart (영문) 를 방문하여 해당 우편 번호를 입력하십시오.

1. 적절하며 이용 가능할 때 타주를 여행할 경우 의사가 주 경계선 밖에서 진료를 제공하는 것을 금지하는 주 법으로 인해 화상 진료가 제한될 수 있습니다. 주에 따라 법이 다릅니다. 2. 비용 부담금이 없이 Original Medicare에 따른 보장을 받는 모든 예방 서비스에 대한 코페이 \$0. 3. 인슐린의 경우 – 저희 플랜으로 보장을 받는 각각의 인슐린 제품 1개월 분에 대해 \$35 이상 지불하지 않습니다. 백신의 경우 – 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장해 드립니다. 4. 일부 처방약은 Kaiser Permanente 우편 주문용 약국을 통해 우편으로 다시 조제받을 수 있습니다. 해당 약은 3-5일 이내에 받게 됩니다. 그렇지 않을 경우 1-800-733-6345(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 번호는 주 7일 하루 24시간 운영합니다. 5. 치과 혜택은 Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. 이 보증하며 LIBERTY Dental Plan이 관리합니다. 6. 가입자는 연간 최대 지원금 \$1,200를 초과하는 보장 서비스에 대해 청구된 금액을 지불할 책임이 있습니다. 지원금은 서비스 지역 외 정기 진료에 대해 사용할 수 있으며, 해당 진료로는 병원 검진 방문, 검사, 엑스레이, 물리 치료 및 행동 건강 진료 등이 포함됩니다. 보장은 미국 및 미국령 내로 제한됩니다. 자세한 내용은 **보장 범위 증명서를** (Evidence of Coverage) 참조하십시오. 7. Silver&Fit[®]은 연방 정부에 등록된 American Specialty Health, Inc.의 등록 상표입니다.

Kaiser Permanente는 Medicare와 계약을 체결한 HMO 및 HMO-POS 플랜입니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 귀하는 가입하신 Kaiser Permanente Medicare 건강 플랜 서비스 지역에 거주해야 합니다.