

2024年福利概覽

Medicare保健計劃福利概要表

保費和福利	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt/MD (HMO)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)
說明	您需支付	您需支付	您需支付
月保費	\$0	\$27	\$136
醫生診所就診	基本保健醫生\$10／ 專科醫生\$40 (遠距看診\$0 ¹)	基本保健醫生\$5／ 專科醫生\$35 (遠距看診\$0 ¹)	基本保健醫生\$10／ 專科醫生\$35 (遠距看診\$0 ¹)
預防性服務 ²	免費	免費	免費
緊急醫護／急診護理	緊急醫護\$40／ 急診\$100	緊急醫護\$35／ 急診\$100	緊急醫護\$35／ 急診\$120
化驗、X光檢查	化驗\$0，X光檢查\$20	化驗\$0，X光檢查\$15	化驗\$0，X光檢查\$10
住院病人住院服務	第1天至第5天每天\$300 您住院的剩餘天數免費	第1天至第5天每天\$270 您住院的剩餘天數免費	第1天至第5天每天\$250 您住院的剩餘天數免費
門診手術中心門診手術	\$300	\$250	\$125

D部分處方藥保險³

說明	您需支付	您需支付	您需支付
初始承保階段 (最多30天藥量) 在您及任何D部分計劃所支付的年度總藥費達到 \$5,030 之後，您便進入承保缺口階段。	首選非品牌藥 (層級1) \$5 非品牌藥 (層級2) \$15 首選品牌藥 (層級3) \$45 非首選藥物 (層級4) \$100 專科藥物 (層級5) 33% D部分注射疫苗 (層級6) \$0	首選非品牌藥 (層級1) \$0 非品牌藥 (層級2) \$12 首選品牌藥 (層級3) \$45 非首選藥物 (層級4) \$100 專科藥物 (層級5) 33% D部分注射疫苗 (層級6) \$0	首選非品牌藥 (層級1) \$0 非品牌藥 (層級2) \$12 首選品牌藥 (層級3) \$42 非首選藥物 (層級4) \$80 專科藥物 (層級5) 33% D部分注射疫苗 (層級6) \$0
郵購藥房⁴ (可能有限額和限制。)	首選非品牌藥和非品牌藥 (層級1和2) 共付額 \$0 ，最多90天藥量 其他所有藥物： 2倍共付額，最多90天藥量	首選非品牌藥和非品牌藥 (層級1和2) 共付額 \$0 ，最多90天藥量 其他所有藥物： 2倍共付額，最多90天藥量	首選非品牌藥和非品牌藥 (層級1和2) 共付額 \$0 ，最多90天藥量 其他所有藥物： 2倍共付額，最多90天藥量

如需更多有關**D部分處方藥保險**的資訊，請參閱您的**福利概要**。
如欲查看更多福利，請瀏覽kp.org/medichart (英文) 並輸入您的郵遞區號。

(福利項目續背面)

保費和福利

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Value Balt/MD (HMO)

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Standard MD (HMO-POS)

Kaiser Permanente
Medicare Advantage
High MD (HMO-POS)

說明	福利	福利	福利
您計劃所包含的額外補充福利			
牙科⁵	預防保健 \$0 ，包含每年2次口腔檢查和洗牙附帶X光檢查，以及 \$1,000 綜合牙科年度補貼，需支付 50% 共保額	預防保健 \$0 ，包含每年2次口腔檢查和洗牙附帶X光檢查，以及 \$1,000 綜合牙科年度補貼，需支付 50% 共保額	預防保健 \$0 ，包含每年2次口腔檢查和洗牙附帶X光檢查，以及 \$500 綜合牙科年度補貼，需支付 50% 共保額
視力福利	每24個月補助 \$200 用於購買眼鏡或隱形眼鏡	每24個月補助 \$200 用於購買眼鏡或隱形眼鏡	每24個月補助 \$225 用於購買眼鏡或隱形眼鏡
助聽器福利	每36個月每側耳朵 \$1,000 補貼		
由Kaiser Permanente提供的 Medicare Explorer (有限區域外福利)⁶	未包含	\$1,200 區域外例行醫護服務年度補貼	
健身計劃 Silver&Fit^{®7}	未包含	所有合約設施、運動計劃及居家健身計劃的會員資格均為免費	

自選補充福利組合 (Advantage Plus)

說明	您需支付	您需支付	您需支付
Advantage Plus選項1 其他綜合牙科服務、 ⁵ \$500 年度補貼，需支付 50% 共保額，還有聽力及眼鏡用品福利	計劃月保費之外需額外支付 \$18		
Advantage Plus選項2 其他年度綜合牙科服務 ⁵ 、 \$1,000 補貼，需支付 50% 共保額	計劃月保費之外需額外支付 \$23		

如欲查看更多福利，請瀏覽kp.org/medichart (英文) 並輸入您的郵遞區號。

1. 若情況適當且有提供此服務。如果您到外州旅行，由於州法律可能禁止醫生跨州提供醫護服務，因此虛擬醫護可能會受限。法律因州而異。2. 屬於Original Medicare承保範圍而無須成本分擔的所有預防性服務共付額**\$0**。3. 針對胰島素 – 針對每項屬於我們計劃承保範圍的胰島素產品，您需為一個月藥量支付的費用將不會超過**\$35**。針對疫苗 – 我們計劃免費為您承保大多數D部分疫苗。4. 在領取某些藥物時，您可以透過Kaiser Permanente的郵購藥房將續配的處方藥郵寄給您。您應可在3-5天內收到藥物。若沒有收到藥物，請致電**1-800-733-6345** (TTY **711**)，服務時間為每週7天，每天24小時。5. 牙科福利是由Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.承銷，並由LIBERTY Dental Plan管理。6. 會員應負責支付任何超出**\$1,200**年度補貼上限的承保服務收費金額。補貼可用於區域外例行醫護服務，例如診所就診、化驗、X光檢查、物理治療及行為健康護理。承保範圍限美國境內及其領土境內。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。7. Silver&Fit[®]是American Specialty Health, Inc.的聯邦註冊商標。

Kaiser Permanente是與Medicare簽有合約的HMO和HMO-POS計劃。入保Kaiser Permanente需視合約續約情況而定。您必須居住在您所入保的Kaiser Permanente Medicare保健計劃服務區內。