

# 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 VA (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (HMO-POS)
<b>說明</b>	<b>您需支付</b>	<b>您需支付</b>	<b>您需支付</b>
<b>月保費</b>	<b>\$0</b>	<b>\$22</b>	<b>\$30</b>
<b>醫生診所就診</b>	基本保健醫生 <b>\$5</b> ／ 專科醫生 <b>\$40</b> (遠距看診 <b>\$0</b> <sup>1</sup> )	基本保健醫生 <b>\$0</b> ／ 專科醫生 <b>\$35</b> (遠距看診 <b>\$0</b> <sup>1</sup> )	基本保健醫生 <b>\$5</b> ／ 專科醫生 <b>\$40</b> (遠距看診 <b>\$0</b> <sup>1</sup> )
<b>預防性服務<sup>2</sup></b>	免費	免費	免費
<b>緊急醫護／急診護理</b>	緊急醫護 <b>\$40</b> ／急診 <b>\$100</b>	緊急醫護 <b>\$35</b> ／急診 <b>\$120</b>	緊急醫護 <b>\$40</b> ／急診 <b>\$100</b>
<b>化驗、X光檢查</b>	化驗 <b>\$0</b> ，X光檢查 <b>\$20</b>	化驗 <b>\$0</b> ，X光檢查 <b>\$10</b>	化驗 <b>\$0</b> ，X光檢查 <b>\$15</b>
<b>住院病人住院服務</b>	第1天至第5天每天 <b>\$300</b> 您住院的剩餘天數免費	第1天至第5天每天 <b>\$225</b> 您住院的剩餘天數免費	第1天至第5天每天 <b>\$250</b> 您住院的剩餘天數免費
<b>門診手術中心門診手術</b>	<b>\$275</b>	<b>\$175</b>	<b>\$225</b>

### D部分處方藥保險<sup>3</sup>

說明	您需支付	您需支付	您需支付
<b>初始承保階段</b> (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 <b>\$5,030</b> 之後，您便進入承保缺口階段。	首選非品牌藥 (層級1) <b>\$0</b> 非品牌藥 (層級2) <b>\$12</b> 首選品牌藥 (層級3) <b>\$45</b> 非首選藥物 (層級4) <b>\$100</b> 專科藥物 (層級5) <b>33%</b> D部分注射疫苗 (層級6) <b>\$0</b>	首選非品牌藥 (層級1) <b>\$0</b> 非品牌藥 (層級2) <b>\$10</b> 首選品牌藥 (層級3) <b>\$45</b> 非首選藥物 (層級4) <b>\$100</b> 專科藥物 (層級5) <b>33%</b> D部分注射疫苗 (層級6) <b>\$0</b>	首選非品牌藥 (層級1) <b>\$3</b> 非品牌藥 (層級2) <b>\$12</b> 首選品牌藥 (層級3) <b>\$45</b> 非首選藥物 (層級4) <b>\$100</b> 專科藥物 (層級5) <b>33%</b> D部分注射疫苗 (層級6) <b>\$0</b>
<b>郵購藥房<sup>4</sup></b> (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 <b>\$0</b> ，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 <b>\$0</b> ，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 <b>\$0</b> ，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](https://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 VA (HMO-POS)

Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
Standard VA (HMO-POS)

Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
Care Plus VA (HMO-POS)

說明	福利	福利	福利
<b>您計劃所包含的額外補充福利</b>			
牙科 <sup>5</sup>	預防保健 <b>\$0</b> ，包含：每年2次口腔檢查和洗牙附帶X光檢查，以及 <b>\$1,000</b> 綜合牙科年度補貼，需支付 <b>50%</b> 共保額		
視力福利	每24個月補助 <b>\$200</b> 用於購買眼鏡或隱形眼鏡	每24個月補助 <b>\$250</b> 用於購買眼鏡或隱形眼鏡	
助聽器福利	每 <b>36</b> 個月每側耳朵 <b>\$1,000</b> 補貼		
網絡外 <sup>6</sup>	未提供	未提供	<b>\$1,500</b> 有限網絡外醫護服務年度補貼
由Kaiser Permanente提供的Medicare Explorer (有限區域外福利) <sup>6</sup>	<b>\$1,200</b> 區域外例行醫護服務年度補貼		未提供
健身計劃 Silver&Fit <sup>®7</sup>	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
<b>Advantage Plus選項1</b> 其他綜合牙科服務、 <sup>5</sup> <b>\$500</b> 年度補貼，需支付 <b>50%</b> 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 <b>\$18</b>		
<b>Advantage Plus選項2</b> 其他年度綜合牙科服務 <sup>5</sup> 、 <b>\$1,000</b> 補貼，需支付 <b>50%</b> 共保額	計劃月保費之外需額外支付 <b>\$23</b>		

如欲查看更多福利，請瀏覽[kp.org/medichart](https://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**\$1,500**網絡外年度補貼上限或超出**\$1,200** Medicare Explorer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<sup>®</sup>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。您必須居住於您所入保的Kaiser Permanente Medicare保健計劃服務區內。