



2023 Medicare-Beträge

Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) Kosten

Monatliche Prämie:

- **\$0 für die meisten Menschen** (weil sie oder ein Ehepartner lange genug Medicare-Steuern gezahlt haben, während sie arbeiteten - im Allgemeinen mindestens 10 Jahre (40 Arbeitsquartale)). Wenn Sie Medicare vor dem 65. Lebensjahr erhalten, zahlen Sie keine Prämie für Teil A. Dies wird manchmal als "prämienfreier Teil A" bezeichnet.
- **Wenn Sie sich nicht qualifizieren für den prämienfreien Teil A, Sie können kaufen.** Sie zahlen entweder:
 - **\$506** jeden Monat, wenn Sie für weniger als 30 Arbeitsquartale Medicare-Steuern gezahlt haben
 - **\$278** jeden Monat, wenn Sie für 30-39 Arbeitsquartale Medicare-Steuern bezahlt haben

Verspätungszuschlag Teil A: Wenn Sie die Versicherung nicht zum ersten Mal abschließen, wenn Sie Anspruch auf Medicare haben (in der Regel, wenn Sie 65 Jahre alt werden), kann sich Ihre monatliche Prämie um 10 % erhöhen. Sie werden den höheren Beitrag für die doppelte Anzahl von Jahren bezahlen müssen, für die Sie Teil A hätten haben können, sich aber nicht angemeldet haben.

Kosten für Teil A, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
Teil A Selbstbehalt	<p>\$1,600 für jeden Leistungszeitraum im stationären Krankenhaus, bevor Original Medicare zu zahlen beginnt.</p> <p>Es gibt keine Begrenzung für die Anzahl der Leistungszeiträume, die Sie pro Jahr in Anspruch nehmen können. Das bedeutet, dass Sie den Selbstbehalt mehr als einmal im Jahr zahlen können.</p>
Stationärer Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tage 1–60: \$0 nach Zahlung des Selbstbezalts von Teil A ▪ Tage 61–90: \$400 Zuzahlungen pro Tag für jeden Leistungszeitraum ▪ Tage 91–150: \$800 Zuzahlungen pro „Lebenszeitreservetag“ [Lifetime Reserve Day] nach Tag 90 für jeden Leistungszeitraum (bis zu 60 Tage über Ihre Lebenszeit) ▪ Nach Tag 150: Sie zahlen alle Kosten, nachdem Sie alle Reservetage auf Lebenszeit verbraucht haben <p>HINWEIS: Sie zahlen für private Krankenpflege, einen Fernseher oder ein Telefon in Ihrem Zimmer (wenn diese Dinge gesondert berechnet werden), persönliche Pflegeartikel (Rasierapparate oder Haussocken) oder ein Privatzimmer, es sei denn, es ist medizinisch notwendig.</p>
Psychische Gesundheit Stationärer Aufenthalt	<p>Wenn Sie in einem allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelt werden, zahlen Sie außerdem 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für psychosoziale Leistungen, die Sie während Ihres Aufenthalts von Anbietern erhalten.</p> <p>HINWEIS: Wenn Sie Leistungen in einem psychiatrischen Krankenhaus in Anspruch nehmen, denken Sie daran, dass Teil A nur für bis zu 190 Tage stationärer psychiatrischer Behandlung während Ihres Lebens zahlt.</p>

Kosten	Sie zahlen
Aufenthalt in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tage 1–20: \$0 für jeden Leistungszeitraum ▪ Tage 21–100: \$200 Zuzahlung pro Tag für jeden Leistungszeitraum ▪ Tage 101 und darüber hinaus: Sie tragen alle Kosten
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für häusliche Krankenpflegeleistungen ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Geräte (DME) wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte
Hospizpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für gedeckte Hospizpflegeleistungen ▪ Sie können auch zahlen: <ul style="list-style-type: none"> • Eine Zuzahlung von bis zu \$5 für jedes verschreibungspflichtige Medikament und andere ähnliche Produkte zur Schmerzlinderung und Symptomkontrolle, während Sie zu Hause sind. In dem seltenen Fall, dass Ihr Medikament von Ihrer Hospizversicherungsleistung nicht gedeckt wird, sollte Ihr Hospizdienstleister Ihren Medicare-Medikamentenplan kontaktieren, um herauszufinden, ob es durch die Medicare-Arzneimittelversicherung abgedeckt ist (Teil D). • 5 % des von Medicare genehmigten Betrags für stationäre Kurzzeitpflege ▪ Medicare übernimmt Unterkunfts- und Verpflegungskosten nicht, wenn Sie Ihre Hospizpflege in Ihrem Haus oder einer anderen Einrichtung, in der Sie leben (z. B. einem Pflegeheim), erhalten.

HINWEIS: Alle Medicare Advantage-Pläne müssen diese Leistungen abdecken. Wenn Sie einen Medicare Advantage-Plan haben, sind die Kosten je nach Plan unterschiedlich und können entweder höher oder niedriger liegen als die Kosten von Original-Medicare. Prüfen Sie den „Nachweis der Kostenübernahme“ [Evidence of Coverage] Ihres Plans.

Medicare Teil B (Krankenversicherung) Kosten

Monatliche Prämie: Die Standard-Prämie für Teil B beträgt im Jahr 2023 **\$164.90**. Die Meisten zahlen den standardmäßigen Teil-B-Beitrag. Wenn Ihr modifiziertes bereinigtes Bruttoeinkommen, wie es in der Steuererklärung des Staatliche Steuerbehörde (IRS) von vor zwei Jahren angegeben wurde, über einem bestimmten Betrag liegt, können Sie einen einkommensbezogenen monatlichen Anpassungsbetrag (IRMAA) zahlen. IRMAA ist eine zusätzliche Gebühr, die Ihrer Prämie hinzugefügt wird.

Verspätungszuschlag : In den meisten Fällen müssen Sie, wenn Sie sich nicht für Teil B anmelden, wenn Sie zum ersten Mal anspruchsberechtigt sind, eine Strafe für die verspätete Anmeldung zahlen, solange Sie Teil B haben. Ihre monatliche Prämie für Teil B kann sich um 10 % der Standardprämie für alle vollen 12 Monate in dem Zeitraum erhöhen, in dem Sie Teil B hätten haben können, sich aber nicht angemeldet haben. Es kann auch sein, dass Sie bis zum allgemeinen Einschreibungszeitraum (vom 1. Januar bis 31. März) warten müssen, um sich für Teil B anzumelden. Die Abdeckung beginnt am 1. Juli dieses Jahres. (Ab dem 1. Januar 2023 beginnt Ihr Versicherungsschutz im Monat nach Ihrer Anmeldung).

Kosten für Teil B, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
Teil B Jährlich absetzbar	\$226, bevor Original Medicare zu zahlen beginnt. Sie zahlen diesen Selbstbehalt einmal pro Jahr.
Generelle Kosten für Dienste (Coversicherung)	In der Regel 20 % der Kosten für jede von Medicare abgedeckte Dienstleistung oder jeden Artikel, nachdem Sie Ihren Selbstbehalt gezahlt haben (und solange Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister den von Medicare genehmigten Betrag als vollständige Zahlung akzeptiert, die so genannte "Zuweisungsannahme") für diese: <ul style="list-style-type: none">▪ Die meisten ärztlichen Leistungen (einschließlich der meisten ärztlichen Leistungen während Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus)▪ ambulante Behandlung▪ langlebige medizinische Ausrüstung (DME)
klinische Labordienstleistungen	\$0 für abgedeckte klinische Labordienstleistungen
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none">▪ \$0 für versicherte häusliche Krankenpflegeleistungen▪ 20% des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Geräte (DME) wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte
Stationäre Krankenhauspflege	20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die meisten ärztlichen Leistungen während eines stationären Krankenhausaufenthalts
Ambulante Psychiatrische Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none">▪ \$0 für Ihr jährliches Depressionsscreening, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister die Zuweisung akzeptiert▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für Besuche bei Ihrem Arzt oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens zur Diagnose oder Behandlung Ihrer Erkrankung. Es gilt der Selbstbehalt nach Teil B.▪ Wenn Sie Ihre Leistungen in einer Krankenhausambulanz oder einer Ambulanzabteilung eines Krankenhauses erhalten, müssen Sie möglicherweise eine zusätzliche Zuzahlung oder einen Mitversicherungsbetrag an das Krankenhaus zahlen.
Teilweise Einweisung in ein Krankenhaus für psychosoziale Krankenpflege	Nachdem Sie den Selbstbehalt von Teil B erfüllt haben: <ul style="list-style-type: none">▪ 20% des von Medicare genehmigten Betrags für jede Leistung, die Sie von einem Arzt oder einer bestimmten anderen qualifizierten psychosozialen Fachkraft erhalten▪ Mitversicherungen für jeden Tag der teilweisen Hospitalisierung in einem ambulanten Krankenhaus oder einem kommunalen Zentrum für psychische Gesundheit.

Kosten	Sie zahlen
Ambulante Krankenhauspflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Regel 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die Leistungen des Arztes und anderer Gesundheitsdienstleister. Bei Leistungen, die auch in einer Arztpraxis erbracht werden können, zahlen Sie für ambulante Leistungen, die Sie in einem Krankenhaus erhalten, unter Umständen mehr, als Sie für die gleiche Behandlung in einer Arztpraxis bezahlen. Die ambulante Krankenhaus-Zuzahlung für die Leistung ist jedoch auf den stationären Selbstbehalt begrenzt. ▪ Für jede Leistung, die Sie im Krankenhaus ambulant in Anspruch nehmen, zahlen Sie außerdem eine Zuzahlung an das Krankenhaus (mit Ausnahme bestimmter präventiver Leistungen, die nicht zuzahlungspflichtig sind). In den meisten Fällen ist Ihre Zuzahlung nicht höher als der Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalten in Teil A für jede Leistung. ▪ Der Selbstbehalt von Teil B gilt, außer für bestimmte Präventionsleistungen. Wenn Sie ambulante Krankenhausleistungen in einem Krankenhaus mit kritischem Zugang [Critical Access Hospital] in Anspruch nehmen, kann Ihre Zuzahlung höher sein und den Selbstbehalt für Teil A des Krankenhausaufenthalts übersteigen.

HINWEIS: Alle Medicare Advantage-Pläne müssen diese Leistungen abdecken. Wenn Sie einen Medicare Advantage-Plan haben, sind die Kosten je nach Plan unterschiedlich und können entweder höher oder niedriger liegen als die Kosten von Original-Medicare. Prüfen Sie den „Nachweis der Kostenübernahme“ [Evidence of Coverage] Ihres Plans.

Wenn Ihr jährliches Einkommen im Jahr 2021 (für das, was Sie im Jahr 2023 zahlen)

Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuererklärungen verheirateter Paare	Zahlen Sie monatlich (in 2023)
\$97,000 oder weniger	\$194,000 oder weniger	\$97,000 oder weniger	\$164.90
Ab \$97,000 und bis \$123,000	Ab \$194,000 und bis \$246,000	Nicht zutreffend	\$230.80
Ab \$123,000 und bis \$153,000	Ab \$246,000 und bis \$306,000	Nicht zutreffend	\$329.70
Ab \$153,000 und bis \$183,000	Ab \$306,000 und bis \$366,000	Nicht zutreffend	\$428.60
Ab \$183,000 und unter \$500,000	Ab \$366,000 und unter \$750,000	Ab \$97,000 und unter \$403,000	\$527.50
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$403,000 oder mehr	\$560.50

Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente)

Teil D Grundbeitrag für Begünstigte - \$32.74 (wird benutzt, um alle Strafzahlungsbeträge für verspätete Anmeldung zu bestimmen).

Selbstbehalte, Zuzahlungen und Mitversicherungen: Der Betrag, den Sie für Selbstbehalte, Zuzahlungen oder Mitversicherungen in Teil D zahlen, variiert je nach Plan. Informieren Sie sich unter [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) über die spezifischen Kosten für Medicare-Arzneimittel, und rufen Sie dann die Pläne an, an denen Sie interessiert sind, um weitere Einzelheiten zu erfahren.

Teil D Verspätung Einschreibung Strafe - Sie können eine Strafe für verspätete Einschreibung zahlen, wenn Sie zu irgendeinem Zeitpunkt nach Ablauf der Erstanmeldungsfrist, Sie 63 oder mehr Tage hintereinander keinen Versicherungsschutz für Medicare-Medikamente oder einen anderen anrechenbaren Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente haben.

Im Allgemeinen müssen Sie diesen Zuschlag zahlen, solange Sie Medicare-Deckung für Arzneimittel haben. Die Höhe der Verspätungszuschläge hängt davon ab, wie lange Sie weder Teil D noch Deckung für anrechenbare, verschreibungspflichtige Medikamente in Anspruch genommen haben.

Medicare berechnet den Zuschlag durch Multiplikation von 1% der „nationalen Grund-Begünstigtenprämie“ (\$32.74 im Jahr 2023) mit der Anzahl der vollen, ungedeckten Monate, in denen Sie keinen Teil D oder keine anrechenbare Medikamentenversorgung hatten. Die monatliche Prämie wird auf die nächsten \$0.10 gerundet und zum monatlichen Teil D Beitrag hinzuaddiert. Die nationale Grundprämie kann sich jedes Jahr ändern, so dass sich auch Ihr Zuschlag jedes Jahr ändern kann.

Die untenstehende Tabelle zeigt die geschätzte monatliche Prämie für Ihren Medikamentenplan auf der Grundlage Ihres Einkommens, wie es in Ihrer Steuererklärung an das Finanzamt angegeben ist. Wenn Ihr Einkommen über einer bestimmten Grenze liegt, zahlen Sie zusätzlich zu Ihrer Planprämie einen einkommensabhängigen, monatlichen Anpassungsbetrag.

Bei folgendem Steuerveranlagungsstatus und Jahreseinkommen im Jahr 2021

Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuerklärungen verheirateter Paare	Zahlen Sie monatlich (in 2023)
\$97.000 oder weniger	\$194,000 oder weniger	\$97,000 oder weniger	Ihre Planprämie
Ab \$97,000 und bis \$123,000	Ab \$194,000 und bis \$246,000	Nicht zutreffend	\$12.20 + Ihre Planprämie
Ab \$123,000 und bis \$153,000	Ab \$246,000 und bis \$306,000	Nicht zutreffend	\$31.50 + Ihre Planprämie
Ab \$153,000 und bis \$183,000	Ab \$306,000 und bis \$366,000	Nicht zutreffend	\$50.70 + Ihre Planprämie
Ab \$183,000 und unter \$500,000	\$Ab 366,000 und unter \$750,000	Ab \$97,000 und unter \$403,000	\$70.00 + Ihre Planprämie
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$403,000 oder mehr	\$76.40 + Ihre Planprämie