



## 2024 Medicare-Beträge

### Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) Kosten

#### Monatliche Prämie:

- **Normalerweise \$0**, wenn Sie oder Ihr Ehepartner während eines bestimmten Zeitraums (normalerweise 10 Jahre oder 40 Arbeitsquartale) Medicare-Steuern gezahlt haben. 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 keinen Anspruch auf den prämienfreien Teil A haben**, können Sie möglicherweise diesen dennoch kaufen. Sie zahlen jeden Monat eine Prämie von entweder
  - **\$278**, wenn Sie für 30-39 Arbeitsquartale Medicare-Steuern bezahlt haben
  - **\$505**, wenn Sie für weniger als 30 Arbeitsquartale Medicare-Steuern gezahlt 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 Verspätungszuschlag für die doppelte Anzahl von Jahren bezahlen müssen, für die Sie sich nicht angemeldet hatten.

#### Kosten für Teil A, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
Teil A Selbstbehalt	<p><b>\$1,632</b> für jeden Leistungszeitraum, 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>

Kosten	Sie zahlen
<b>Stationäre Krankenhauspflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tage 1–60: \$0 nach Zahlung des Teil A Selbstbehalt.</li> <li>▪ Tage 61–90: Eine Selbstbeteiligung von \$408 pro Tag.</li> <li>▪ Nach Tag 90: Eine Selbstbeteiligung von \$816 pro Tag solange Sie Ihre 60 Reserve-Tage auf Lebenszeit nutzen.</li> </ul> <p><b>Nach Nutzung Ihrer Reserve-Tage auf Lebenszeit zahlen Sie alle Kosten.</b></p> <p><b>HINWEIS:</b> 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>
<b>Stationäre Behandlung für psychosoziale Versorgung.</b>	<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 im Krankenhaus von Anbietern erhalten.</p> <p><b>HINWEIS:</b> 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>
<b>Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tage 1–20: \$0 Zuzahlung</li> <li>▪ Tage 21–100: \$204 Zuzahlung pro Tag</li> <li>▪ Tage 101 und darüber hinaus: Sie tragen alle Kosten</li> </ul>
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$0 für Häusliche Krankenpflege</li> <li>▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Geräte (durable medical equipment – DME) wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte</li> </ul>
<b>Hospizpflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$0 für gedeckte Hospizpflegeleistungen</li> <li>▪ Eine Zuzahlung von bis zu \$5 pro Rezept für Medikamente zur ambulanten Behandlung von Schmerzen und Symptomen.</li> <li>▪ 5 % des von Medicare genehmigten Betrags für stationäre Kurzzeitpflege</li> <li>▪ Medicare übernimmt keine Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einer Einrichtung, es sei denn, das medizinische Team des Hospizes entscheidet, dass Sie zur Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen kurzfristig stationär behandelt werden müssen. Diese Pflege muss in einer von Medicare zugelassenen Einrichtung erfolgen, z. B. in einer Hospizeinrichtung, einem Krankenhaus oder einer qualifizierten Pflegeeinrichtung, die einen Vertrag mit dem Hospiz abgeschlossen hat.</li> </ul>

**HINWEIS:** Original Medicare wird für Ihre Hospizversorgung in Rechnung gestellt, auch wenn Sie an einem Medicare Advantage Plan teilnehmen. Wenn Sie ein Hospiz in Anspruch nehmen, kann Ihr Medicare Advantage Plan auch Leistungen abdecken, die nicht Teil Ihrer unheilbaren Krankheit sind oder damit in Zusammenhang stehen. Wenn Sie mehr über Hospizpflege erfahren und von Medicare zugelassene Anbieter finden möchten, wenden Sie sich an Ihre Versicherung oder besuchen Sie [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare).

## Medicare Teil B (Krankenversicherung) Kosten

**Monatliche Prämie:** Die Standard-Prämie für Teil B beträgt im Jahr 2024 **\$170.10**. 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, wie auf Seite 4 gezeigt.

**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 % für alle vollen 12 Monate in dem Zeitraum erhöhen, in dem Sie Teil B hätten haben können, sich aber nicht angemeldet haben. Möglicherweise zahlen Sie auch eine höhere Prämie, abhängig von Ihrem Einkommen. Es kann auch sein, dass Sie bis zur allgemeinen Anmeldezeitraum (vom 1. Januar bis zum 31. März) warten müssen, um sich für Teil B anzumelden. Der Versicherungsschutz beginnt im Monat nach Ihrer Anmeldung.

## Kosten für Teil B, wenn Sie Original-Medicare haben

Kosten	Sie zahlen
<b>Teil B Selbstbehalt</b>	<b>\$240, bevor Original Medicare zu zahlen beginnt.</b> Sie zahlen diesen Selbstbehalt einmal pro Jahr.
<b>Generelle Kosten für Leistungen (Coversicherung)</b>	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"><li>▪ die meisten ärztlichen Leistungen (einschließlich der meisten ärztlichen Leistungen während Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus)</li><li>▪ ambulante Behandlung</li><li>▪ langlebige medizinische Ausrüstung (DME)</li></ul>
<b>klinische Labordienstleistungen</b>	\$0 für abgedeckte klinische Labordienstleistungen
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ \$0 für versicherte häusliche Krankenpflegeleistungen</li><li>▪ 20% des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Geräte (DME) wie Rollstühle, Gehhilfen, Krankenhausbetten und andere Geräte</li></ul>
<b>Stationäre Krankenhauspflege</b>	20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die meisten ärztlichen Leistungen während eines stationären Krankenhausaufenthalts
<b>Ambulante psychiatrische Krankenpflege</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ \$0 für Ihr jährliches Depressions-Screening, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister die Zuweisung akzeptiert</li><li>▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für Besuche bei Ihrem Arzt oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens zur Diagnose oder Behandlung Ihrer Erkrankung.</li><li>▪ 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.</li></ul>

Kosten	Sie zahlen
<b>Teilweise Einweisung in ein Krankenhaus für psychosoziale Krankenpflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sie zahlen einen Prozentsatz des von Medicare genehmigten Betrags für jede Leistung, die Sie von einem Arzt oder bestimmten anderen qualifizierten psychosozialen Gesundheitsfachkräften erhalten, wenn Ihr medizinischer Dienstleister den Auftrag annimmt.</li> <li>▪ Nachdem Sie den Selbstbehalt für Teil B geleistet haben, zahlen Sie auch eine Mitversicherung für jeden Tag einer teilweisen Einweisung in ein Krankenhaus in einer ambulanten Einrichtung oder einem kommunalen psychosozialen Zentrum.</li> </ul>
<b>Ambulante Krankenhauspflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Regel 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für die Leistungen des Arztes und anderer Gesundheitsdienstleister</li> <li>▪ Für jede Leistung, die Sie im Krankenhaus ambulant in Anspruch nehmen, zahlen Sie außerdem eine Zuzahlung an das Krankenhaus (mit Ausnahme bestimmter präventiver Leistungen). In den meisten Fällen ist Ihre Zuzahlung nicht höher als der Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalten nach Teil A für jede Leistung.</li> </ul>

**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.

Die folgende Tabelle zeigt die einkommensabhängigen monatlichen Anpassungsbeträge für Teil B (IRMAA). IRMAA ist eine zusätzliche Gebühr, die Ihrer Prämie hinzugefügt wird. Die Gesamtprämien für Teil B für das Jahr 2024 sind unten aufgeführt.

Bei folgendem Steuerveranlagungsstatus und Jahreseinkommen im Jahr 2022 ...			
Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuererklärungen verheirateter Paare	... zahlen Sie monatlich (in 2024)
\$103,000 oder weniger	\$206,000 oder weniger	\$103,000 oder weniger	\$174.70
Über \$103,000 und bis \$129,000	Über \$206,000 und bis \$258,000	Nicht zutreffend	\$244.60
Über \$129,000 und bis r \$161,000	Über \$258,000 und bis \$322,000	Nicht zutreffend	\$349.40
Über \$161,000 und bis \$193,000	Über \$322,000 und bis \$386,000	Nicht zutreffend	\$454.20
Über \$193,000 und unter \$500,000	Über \$386,000 und unter \$750,000	Über \$103,000 und unter \$397,000	\$559.00
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$397,000 oder mehr	\$594.00

Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente)

**Selbstbehalte, Zuzahlungen und Mitversicherungen:** Der Betrag, den Sie für Selbstbehalte, Zuzahlungen oder Mitversicherungen in Teil D zahlen, variiert je nach Plan. Informationen zu spezifischen Kosten für die Medicare-Deckung für Arzneimittel finden Sie (auf Englisch) unter [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

**Teil D Grundbeitrag für Begünstigte - \$34.70** (wird benutzt, um alle Verspätungszuschläge für verspätete Anmeldung zu bestimmen).

**Teil D Verspätungszuschläge für verspätete Anmeldung** – Sie können Verspätungszuschläge für verspätete Einschreibung zahlen, wenn Sie zu irgendeinem Zeitpunkt nach Ablauf Ihrer Erstanmeldungsfrist anmelden und es einen Zeitraum von 63 oder mehr aufeinanderfolgenden Tagen gibt, an denen Sie keine Medicare-Deckung für Arzneimittel oder eine andere anrechenbare Abdeckung für verschreibungspflichtige Arzneimittel 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.

Die Höhe der Verspätungszuschläge hängt davon ab, wie lange Sie keine Deckung für anrechenbare, verschreibungspflichtige Medikamente in Anspruch genommen haben. Derzeit wird der Verspätungszuschlag berechnet, indem 1 % des „nationalen Grundbeitrags für Begünstigte“ (\$34.70 im Jahr 2024) mit der Anzahl der vollen, nicht abgedeckten Monate multipliziert wird, in denen Sie anspruchsberechtigt waren, aber keine Medicare-Deckung für Arzneimittel (Teil D) hatten und ohne andere anrechenbare Abdeckung für verschreibungspflichtige Arzneimittel waren. Dieser finale Betrag wird auf die nächsten \$0.10 gerundet und zur monatlichen Prämie hinzuaddiert.

Die folgende Tabelle zeigt, welche Beträge Sie möglicherweise zusätzlich für Ihre Medicare-Deckung für Arzneimittel zahlen müssen. Der Betrag hängt von Ihrem Einkommen ab, das Sie in Ihrer IRS-Steuererklärung angeben. 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 2022 ...			
Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuererklärungen verheirateter Paare	... zahlen Sie monatlich (in 2024)
\$103,000 oder weniger	\$206,000 oder weniger	\$103,000 oder weniger	Ihre Planprämie
Über \$103,000 und bis \$129,000	Über \$206,000 und bis \$258,000	Nicht zutreffend	\$12.90 + Ihre Planprämie
Über \$129,000 und bis r \$161,000	Über \$258,000 und bis \$322,000	Nicht zutreffend	\$33.30 + Ihre Planprämie
Über \$161,000 und bis \$193,000	Über \$322,000 und bis \$386,000	Nicht zutreffend	\$53.80 + Ihre Planprämie
Über \$193,000 und unter \$500,000	Über \$386,000 und unter \$750,000	Über \$103,000 und unter \$397,000	\$74.20 + Ihre Planprämie
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$397,000 oder mehr	\$81.00 + Ihre Planprämie