



2021 MEDICARE-BETRÄGE

Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) Kosten

Monatliche Prämie:

- Den meisten Personen mit wenigstens 40 Arbeits-Quartalen entstehen keine Kosten (manchmal als „prämienfreier Teil A“ bezeichnet)
- \$471 pro Monat für Personen, die weniger als 30 Arbeits-Quartale Medicare-Beiträge gezahlt haben
- \$259 pro Monat für Personen, die für 30-39 Arbeits-Quartale Medicare-Beiträge gezahlt haben

Teil A Verspätungszuschlag: Wenn Sie sie nicht beitreten, wenn zum ersten Mal Anspruch darauf haben, kann Ihre monatliche Prämie um 10% höher werden. 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

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

Kosten	Sie zahlen
Teil A: Stationärer Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$1,484 Dollar abzugsfähig für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 1–60: \$0 Mitversicherung für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 61–90: \$371 Mitversicherung pro Tag jeder Leistungsperiode. ▪ Tage 91 und darüber hinaus: \$742 Mitversicherung pro „Lebenszeitreservetag“ [Lifetime Reserve Day] nach Tag 90 für jeden Leistungszeitraum (bis zu 60 Tage über Ihre Lebenszeit). ▪ Über die Lebenszeitreservetage hinaus: alle Kosten. <p>HINWEIS: Sie zahlen für die private Krankenpflege, einen Fernseher oder ein Telefon in Ihrem Zimmer. Sie zahlen für ein Privatzimmer, es sei denn, es ist medizinisch notwendig.</p>
Stationäre Behandlung für psychosoziale Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$1,484 Dollar abzugsfähig für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 1–60: \$0 Mitversicherung pro Tag für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 61–90: \$371 Mitversicherung pro Tag jeder Leistungsperiode. ▪ Tage 91 und darüber hinaus: 742 Dollar Mitversicherung pro „Lebenszeitreservetag“ [Lifetime Reserve Day] nach Tag 90 für jeden Leistungszeitraum (bis zu 60 Tage über Ihre Lebenszeit). ▪ Über die Lebenszeitreservetage hinaus: alle Kosten. ▪ 20 % des von Medicare genehmigten Betrags für psychosoziale Gesundheitsversorgung, die Sie von Ärzten und anderen Leistungserbringern erhalten, während Sie stationär im Krankenhaus sind. <p>HINWEIS: Es gibt keine Begrenzung der Zahl der Leistungszeiträume, die Sie bei Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung in einem allgemeinen Krankenhaus in Anspruch nehmen können. Sie können auch mehrere Leistungszeiträume haben, wenn Sie in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden. Denken Sie daran, dass es ein Lebenszeitlimit von 190 Tagen gibt.</p>

Kosten	Sie zahlen
Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tage 1–20: \$0 für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 21–100: \$185.50 Mitversicherung pro Tag für jeden Leistungszeitraum. ▪ Tage 101 und darüber hinaus: alle Kosten.
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für häusliche Krankenpflege. ▪ 20% des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Ausrüstung (DME=Durable Medical Equipment).
Hospizpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 für Hospizpflege ▪ Es ist möglich, dass Sie eine Zuzahlung von nicht mehr als \$5 für jedes verschreibungspflichtige Medikament und andere ähnliche Produkte zur Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle zu Hause bezahlen müssen. 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). ▪ Möglicherweise müssen Sie 5% des von Medicare genehmigten Betrags für Krankenhauskurzzeitpflege bezahlen. ▪ 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.

Medicare Teil B (Krankenversicherung) Kosten

Monatliche Prämie: Die Standard-Prämie für Teil B beträgt im Jahr 2021 \$148.50 Dollar. Die Meisten zahlen den standardmäßigen Teil-B-Beitrag. Wenn Ihr modifiziertes bereinigtes Bruttoeinkommen, wie es in Ihrer Steuererklärung des US-Finanzamts (IRS=Internal Revenue Service) von vor 2 Jahren angegeben ist, über einem bestimmten Betrag liegt, zahlen Sie den Standardprämienbetrag und einen einkommensbezogenen monatlichen Anpassungsbetrag (IRMAA=Income Related Monthly Adjustment Amount). IRMAA ist eine zusätzliche Gebühr, die Ihrer Prämie hinzugefügt wird.

Verspätungszuschlag In den meisten Fällen müssen Sie einen Verspätungszuschlag zahlen, wenn Sie sich nicht für Teil B anmelden, wenn Sie zum ersten Mal Anspruch darauf haben. Sie müssen diesen Verspätungszuschlag zahlen solange Sie Teil B haben. Ihr monatlicher Beitrag für Teil B könnte sich um 10% für jeden vollen 12-Monatszeitraum erhöhen, in welchem Sie Teil B hätten haben können, sich aber nicht angemeldet haben. 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 am 1. Juli des betreffenden Jahres.

Kosten für Teil B, wenn Sie Original-Medicare haben

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

Kosten	Sie zahlen
Teil B Selbstbehalt	<ul style="list-style-type: none">▪ \$203 pro Jahr. Nachdem Sie Ihren Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie in der Regel 20% des von Medicare genehmigten Betrags für die folgenden Leistungen:<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: Sie zahlen 0 Dollar für von Medicare genehmigte Leistungen.
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none">▪ \$0 für häusliche Krankenpflege.▪ 20% des von Medicare genehmigten Betrags für langlebige medizinische Ausrüstung.
Medizinische und andere Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none">▪ Sie zahlen 20% des von Medicare genehmigten Betrags für die meisten ärztlichen Leistungen (einschließlich der meisten ärztlichen Leistungen während der stationären Behandlung im Krankenhaus), ambulante Therapie und DME.
Ambulante Behandlung für psychosoziale Versorgung	<ul style="list-style-type: none">▪ Sie zahlen nichts für Ihr jährliches Depressions-Screening, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister den Auftrag annimmt.▪ 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.

Kosten	Sie zahlen
Teilweise Einweisung in ein Krankenhaus für psychosoziale Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> 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. Sie zahlen auch eine Mitversicherung für jeden Tag einer teilweisen Einweisung in ein Krankenhaus in einer ambulanten Einrichtung oder einem kommunalen psychosozialen Zentrum, wobei die Selbstbeteiligung nach Teil B gilt.
Ambulante Krankenhausleistungen	<ul style="list-style-type: none"> In der Regel zahlen Sie 20% des von Medicare genehmigten Betrags für die Leistungen des Arztes oder 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. Zusätzlich zu dem Betrag, den Sie dem Arzt zahlen, zahlen Sie dem Krankenhaus in der Regel auch eine Zuzahlung für jede Leistung, die Sie in einer Krankenhausambulanz erhalten, außer für bestimmte präventive Leistungen, für die keine Zuzahlung vorgesehen ist. In den meisten Fällen kann die Zuzahlung nicht höher sein als der abzugsfähige Teil A für jede Leistung während eines Krankenhausaufenthalts. Es gilt der Teil B-Selbstbehalt, außer für bestimmte präventive Leistungen. 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.

Wenn Ihr jährliches Einkommen im Jahr 2019 (für das, was Sie im Jahr 2021 zahlen)			
Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuererklärungen verheirateter Paare	Zahlen Sie monatlich (in 2021)
\$88,000 oder weniger	\$176,000 oder weniger	\$88,000 oder weniger	\$148.50
Über \$88,000 bis zu \$111,000	Über \$176,000 bis zu \$222,000	Nicht zutreffend	\$207.90
Über \$111,000 Dollar bis zu \$138,000 Dollar	Über \$222,000 bis zu \$276,000	Nicht zutreffend	\$297.00
Über \$138,000 bis zu \$165,000	Über \$276,000 bis zu \$330,000	Nicht zutreffend	\$386.10
Über \$165,000 und weniger als \$500,000	Über \$330,000 und weniger als \$750,000	Über \$88,000 und weniger als \$412,000	\$475.20
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$412,000 oder mehr	\$504.90

Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente)

Teil D Grundbeitrag für Begünstigte - \$33.06 (wird benutzt, um alle Strafbzahlungsbeträge für verspätete Anmeldung zu bestimmen).

Selbstbehalte, Zuzahlungen und Mitversicherungen - Der Betrag, den Sie für Selbstbehalte, Zuzahlungen und/oder Mitversicherungen in Teil D zahlen, variiert je nach Plan. Suchen Sie nach den Kosten für bestimmte Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente und rufen Sie dann die Pläne an, an denen Sie interessiert sind, um weitere Einzelheiten zu erfahren.

Verspätungszuschlag für Teil D - Sie können einen Verspätungszuschlag schulden, wenn Sie während eines ununterbrochenen Zeitraums von 63 Tagen oder mehr nach Ablauf Ihrer Erstanmeldungsperiode auf einen dieser Zuschläge verzichten:

- Ein Medicare Medikamentenplan (Part D)
- Ein Medicare Advantage (MA)-Plan (Teil C) oder ein anderer Medicare-Gesundheitsplan, der eine Deckung für verschreibungspflichtige Medikamente bietet
- Anrechenbare verschreibungspflichtige Medikamente

Im Allgemeinen müssen Sie diesen Zuschlag zahlen, solange Sie einen Medicare-Versicherungsschutz für Medikamente haben. Die Kosten für die Verspätungszuschläge hängen davon ab, wie lange Sie ohne Teil D oder anrechenbare verschreibungspflichtige Medikamente auskommen mussten.

Medicare berechnet den Zuschlag durch Multiplikation von 1% der „nationalen Grund-Begünstigtenprämie“ (\$33.06 im Jahr 2021) 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.

Wenn Ihr Anmeldestatus und Ihr Jahreseinkommen im Jahr 2019			
Individuelle Steuererklärung	Gemeinsame Steuererklärung	Separate Steuererklärungen verheirateter Paare	Zahlen Sie monatlich (in 2021)
\$88,000 oder weniger	\$176,000 oder weniger	\$88,000 oder weniger	Ihre Planprämie
Über \$88,000 bis zu \$111,000	Über \$176,000 bis zu \$222,000	Nicht zutreffend	\$12.30 + Ihre Planprämie
Über \$111,000 bis zu \$138,000	Über \$222,000 bis zu \$276,000	Nicht zutreffend	\$31.80 + Ihre Planprämie
Über \$138,000 bis zu \$165,000	Über \$276,000 bis zu \$330,000	Nicht zutreffend	\$51.20 + Ihre Planprämie
Über \$165,000 und weniger als \$500,000	Über \$330,000 und weniger als \$750,000	Über \$88,000 und weniger als \$412,000	\$70.70 + Ihre Planprämie
\$500,000 oder mehr	\$750,000 oder mehr	\$412,000 oder mehr	\$77.10 + Ihre Planprämie