



# **GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

## **2023 GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

**Gold Kidney of Arizona Honest Care (HMO)**

Gold Kidney de Arizona Honest Care es un plan de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Gold Kidney of Arizona Honest Care depende de la renovación del contrato.

La información dada sobre los beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos gratis al 1-844-294-6535 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

## ¿Este plan incluye a mis médicos y farmacias?

Descúbralo buscando en nuestro directorio en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). O, llámenos. Podemos buscar a sus médicos y farmacias o enviarle un directorio por correo.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no sean parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Para unirse a Gold Kidney of Arizona Honest Care (HMO), usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Gila, Maricopa, Pima y Pinal.

## ¿Este plan cubre mis medicamentos recetados?

Descúbralo buscando en nuestra lista de medicamentos en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). O, llámenos. Podemos buscar sus medicamentos o enviarle por correo nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra de molde o audio y en español.



## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

Llámenos gratis al:

**1-844-294-6535 (TTY 711)**

Horario de atención:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo**

8 a. m. a 8 p. m. hora local  
los 7 días de la semana

**Del 1 de abril al 30 de septiembre**

8 a. m. a 8 p. m. hora local  
lunes a viernes

O visítenos en

**[www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com)**

## PRIMAS Y BENEFICIOS

Para ver la lista completa de beneficios, consulte la evidencia de cobertura de Gold Kidney of Arizona Honest Care (HMO) en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA HONEST CARE (HMO)
<b>Prima mensual del plan (incluye gastos médicos y medicamentos)</b>	Usted paga \$0 Este plan no tiene prima.
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	Como miembro de Honest Care, Gold Kidney reducirá \$25 dólares de su prima mensual de Medicare Parte B.  La reducción la establece Medicare y la administra la Administración del Seguro Social (SSA).  Dependiendo de cómo pague su prima de Medicare Parte B, su reducción se puede acreditar en su cheque del Seguro Social o en su declaración de la prima de Medicare Parte B.
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de Farmacia (Parte D)</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</b>	\$3,000 Incluye copagos y otros gastos por servicios médicos del año.  Es lo máximo que usted pagará por copagos, coseguros y otros gastos por servicios médicos, suministros que cubre Medicare y los medicamentos que cubre la Parte B durante el año del plan. Lo que paga de su bolsillo por los medicamentos recetados de la Parte D y ciertos beneficios suplementarios (dental, audífonos) no se aplican a esta cantidad.
<b>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados</b> <i>Se necesita autorización previa.</i>	Del día 1 al 7 \$175 de copago por día  Del día 8 al 90 \$0 de copago por día
<b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios</b> <b>Procedimientos/cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios</b>	\$0 a \$225 de copago por visita <i>Se necesita autorización previa.</i>

¿Necesita ayuda? Llame al 1-844-294-6535 (TTY 711)

**PRIMAS  
Y BENEFICIOS**

**GOLD KIDNEY OF ARIZONA  
HONEST CARE (HMO)**

<p><b>Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b> <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$150 de copago por visita</p>
<p><b>Visitas al médico</b> <i>El servicio de médico especialista necesita una remisión.</i></p>	<p>Proveedor de atención primaria (PCP) \$0 de copago por visita</p> <p>Otros médicos especialistas \$20 de copago por visita</p>
<p><b>Atención de prevención (p. ej., vacuna de la gripe, pruebas de detección de la diabetes)</b></p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Otros servicios de prevención están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.</p>
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p>	<p>Usted paga \$90 de copago por visita.</p> <p>El copago no se cobra si es hospitalizado en un plazo de 24 horas.</p>
<p><b>Servicios necesarios de urgencia</b></p>	<p>\$20 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>El copago no se cobra si usted es hospitalizado en un plazo de 24 horas.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes</b> <i>Se necesita una remisión.</i></p>	<p>Servicios de laboratorio \$0 de copago</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico \$50 de copago</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico \$50 de copago</p> <p>Radiología terapéutica 20% de coseguro</p>
<p><b>Servicios de audición</b> <i>Se necesita una remisión.</i></p>	<p>Exámenes de rutina de la audición \$0 de copago por 1 visita al año</p> <p>Audífonos Asignación total de \$500 por oído para audífonos cada año</p>

**¿Necesita ayuda? Llame al 1-844-294-6535 (TTY 711)**

**PRIMAS  
Y BENEFICIOS**

**GOLD KIDNEY OF ARIZONA  
HONEST CARE (HMO)**

**Servicios dentales de prevención**

Exámenes dentales periódicos  
\$0 de copago  
Evaluación dental integral  
\$0 de copago  
Limpiezas  
\$0 de copago  
Radiografías  
\$0 de copago

**Servicios dentales integrales**

*Los servicios dentales integrales necesitan una remisión. Se pueden aplicar limitaciones.*

Empastes  
\$0 de copago  
Alisado radicular y raspado  
\$0 de copago  
Extracciones  
\$0 de copago  
Desbridamiento de toda la boca  
\$0 de copago  
Dentaduras  
\$0 de copago  
Conductos radiculares  
\$0 de copago  
Coronas  
\$0 de copago  
Puentes  
\$0 de copago  
Cantidad máxima de cobertura para el beneficio combinado de servicios dentales de prevención e integrales.  
\$2,000 cada año

**Atención de rutina de la vista**

Exámenes de rutina de la vista: 1 cada año  
\$0 de copago  
Anteojos  
\$350 para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), lentes de anteojos, monturas de anteojos y actualizaciones cada 2 años.

**PRIMAS  
Y BENEFICIOS**

**GOLD KIDNEY OF ARIZONA  
HONEST CARE (HMO)**

<p><b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b> <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados Del día 1 al 5 \$225 por día del día 1 al 7 Del día 6 al 90 \$0 por día del día 8 al 90</p>
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> <i>Se necesita una remisión.</i></p>	<p>Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – \$25 de copago por sesiones personales Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – \$10 de copago por sesiones en grupo</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada</b> <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Del día 1 al 20 \$0 de copago por día Del día 21 al 36 \$188 de copago por día Del día 37 al 100 \$0 de copago por día</p>
<p><b>Fisioterapia</b> <i>Se necesita una remisión.</i></p>	<p>\$10 de copago por visita</p>
<p><b>Ambulancia</b> <i>Los servicios de Medicare que no sean de emergencia necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Ambulancia terrestre \$200 de copago por servicios que cubre Medicare Ambulancia aérea 20% de coseguro por servicios que cubre Medicare</p>
<p><b>Transporte</b> <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Viajes a cualquier lugar relacionado con la salud \$0 de copago por 24 viajes de ida por año</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B 20% de coseguro</p>

**¿Necesita ayuda? Llame al 1-844-294-6535 (TTY 711)**

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA HONEST CARE (HMO)
<b>Medicamentos de venta libre (Over The Counter, OTC)</b>	\$50 por trimestre Este beneficio lo puede utilizar más de una vez, hasta el límite por trimestre, pero las cantidades que no se utilicen no se transfieren. Puede utilizarlo para comprar artículos de atención médica personal y productos OTC sin receta médica, como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicamentos para la tos o el resfriado y vendas.
<b>Podología</b> <i>Se necesita autorización previa.</i>	\$0 de copago por visita para servicios que cubre Medicare
<b>Equipo médico duradero</b> <i>Se necesita autorización previa.</i>	20% de coseguro por artículo que cubre Medicare
<b>Capacitación para el control de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b> <i>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</i></li> <li>• <i>Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo las plantillas dadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas dadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación.</i></li> <li>• <i>La capacitación para el control propio de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</i></li> </ul>	\$0 de copago por la capacitación para el control de la diabetes \$0 de copago por servicios y suministros de monitoreo de la diabetes \$0 de copago por zapatos para diabéticos o plantillas terapéuticas  <i>La capacitación para el control de la diabetes necesita una remisión.</i>
<b>Modificaciones y dispositivos de seguridad para la casa y el baño</b> <i>Los miembros son elegibles para recibir asientos de inodoro elevados, monturas de seguridad y dispositivos de elevación.</i>	\$0 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i>

**¿Necesita ayuda? Llame al 1-844-294-6535 (TTY 711)**

**PRIMAS  
Y BENEFICIOS**

**GOLD KIDNEY OF ARIZONA  
HONEST CARE (HMO)**

**Acondicionamiento físico**

*Tiene acceso a lugares de fitness que pueden incluir equipos, clases de ejercicio, piscinas y otros servicios disponibles. También están disponibles kits de acondicionamiento físico para la casa y recursos y apoyos en línea. Este beneficio lo administra el programa Silver&Fit de American Specialty Health.*

\$0 de copago

*Se necesita autorización previa.*

**Telesalud**

\$0 de copago

**Servicios quiroprácticos**

Los servicios cubiertos incluyen:

Atención de rutina:

- Máximo 6 visitas quiroprácticas de rutina por año

*Se necesita autorización previa.*

\$20 de copago por servicios que cubre Medicare

\$0 de copago por servicios quiroprácticos de rutina

**Acupuntura**

Para los beneficiarios de Medicare, están cubiertas un máximo de 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:

Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:

- Duración de 12 semanas o más
- No específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.)
- No está asociado a una cirugía y no está asociado con embarazo

*Se necesita autorización previa.*

\$0 de copago por tratamientos de acupuntura de rutina



**MEDICAMENTOS RECETADOS  
PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

**GOLD KIDNEY OF ARIZONA  
HONEST CARE (HMO)**

<b>Deducible</b>	\$0	
	Receta estándar en farmacia Suministro para 30 días	Envío por correo Suministro para 90 días
<b>Cobertura inicial</b>		
<b>Nivel 1: Genérico preferido</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Nivel 2: Genérico Insulinas seleccionadas</b>	Usted paga \$5 Usted paga \$5	Usted paga \$12 Usted paga \$12
<b>Nivel 3: Marca preferida Insulinas seleccionadas</b>	Usted paga \$45 Usted paga \$35	Usted paga \$112 Usted paga \$105
<b>Nivel 4: Medicamento no preferido</b>	Usted paga \$100	Usted paga \$250
<b>Nivel 5: Especialidad</b>	Usted paga 33%	No disponible
<b>Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la atención</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Periodo sin cobertura</b> (después de que usted o alguien en su nombre pague \$4,660)	Durante esta fase, usted pagará el mismo costo compartido por medicamentos en Nivel 1 (\$0) y Nivel 2 (\$5 por un suministro para 30 días, \$12 por un suministro para 90 días). Usted no paga más del 25% del costo por todos los medicamentos.	
<b>Cobertura para catástrofes</b> (después de que usted o alguien en su nombre pague \$7,400) <b>Medicamentos genéricos</b> <b>Medicamentos de marca</b>	Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O bien, un coseguro del 5% del costo del medicamento</li> <li>• o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y \$10.35 para otros medicamentos.</li> </ul>	
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por insulina</b>	Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.	
<b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas</b>	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio de atención a miembros para obtener más información.	