



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2023 GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

RESUMEN DE BENEFICIOS

**Gold Kidney of Arizona Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)
Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)**

Gold Kidney of Arizona Dialysis Plus y Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete son planes HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes Gold Kidney of Arizona Dialysis Plus y Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete 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.

¿Este plan incluye a mis médicos y farmacias?

Descúbralo buscando en nuestro directorio en línea en 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 Dialysis Plus o Gold Kidney Dialysis Complete 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.

También debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que necesite diálisis para unirse a nuestros planes Dialysis Plus o Dialysis Complete.

¿Este plan cubre mis medicamentos recetados?

Descúbralo buscando en nuestra lista de medicamentos en línea en 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 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

PRIMAS Y BENEFICIOS

Para ver la lista completa de beneficios, consulte la evidencia de cobertura de Gold Kidney of Arizona Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP) y Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) en www.goldkidney.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
Prima mensual del plan (incluye gastos médicos y medicamentos)	Usted paga \$0 Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga de \$0 a \$42.60, según su nivel de "Ayuda adicional". Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Reducción de la prima de la Parte B	No se ofrece	No se ofrece
Deducible	Este plan no tiene deducible.	\$223 Esta es la cantidad de Medicare de 2022. Los costos pueden cambiar para 2023. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en www.goldkidney.com . En función de su elegibilidad para Medicaid, es posible que pague \$0.
Deducible de farmacia (Parte D)	Este plan no tiene deducible.	\$505 Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", esta cantidad puede ser de \$0.
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	Dentro de la red \$2,700 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.	\$8,300 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.

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Del día 1 al 7 \$175 de copago por día Del día 8 al 90 \$0 de copago por día</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga un deducible de \$1,556 por período de beneficios. Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 60 • \$389 de copago por día, del día 61 al 90 • \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) • 100% de todos los costos más allá de los días de reserva de por vida <p>Estas son las cantidades de los costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en www.goldkidney.com.</p> <p>Si tiene todos los beneficios de Medicaid, sus gastos podrían ser menores.</p>
<p>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios Procedimientos/cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): \$0 a \$195 de copago por visita</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): 20% de coseguro por visita</p>
<p>Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$100 de copago por visita</p>	<p>20% de coseguro</p>
<p>Visitas al médico</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Proveedor de atención primaria (PCP) \$0 de copago por visita Especialistas: nefrólogo, cardiólogo, endocrinólogo y especialistas cardiovasculares \$0 de copago por visita Otros médicos especialistas \$20 de copago por visita</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Proveedor de atención primaria (PCP) 20% de coseguro por visita Otros médicos especialistas 20% de coseguro por visita</p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Atención de prevención (p. ej., vacuna de la gripe, pruebas de detección de la diabetes)</p> <p><i>Los servicios de prevención fuera de la red necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga \$0</p> <p>Otros servicios de prevención están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Otros servicios de prevención están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p> <p><i>Los servicios dentro de la red necesitan una remisión.</i></p> <p><i>Los servicios fuera de la red necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga \$120 de copago por visita.</p> <p>El copago no se cobra si usted es hospitalizado en un plazo de 24 horas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga \$95 de copago por visita.</p> <p>El copago no se cobra si usted es hospitalizado en un plazo de 24 horas.</p>
<p>Servicios necesarios de urgencia</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): \$40 de copago por visita</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): \$60 de copago por visita</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes</p> <p><i>Los servicios dentro de la red necesitan una remisión.</i></p> <p><i>Los servicios fuera de la red/POS necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</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 20% de coseguro</p> <p>Radiología terapéutica 20% de coseguro</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>Servicios de laboratorio 20% de coseguro</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios 20% de coseguro</p> <p>Radiología de diagnóstico 20% de coseguro</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico 20% de coseguro</p> <p>Radiología terapéutica 20% de coseguro</p>
<p>Servicios de audición</p> <p><i>Los audífonos y los exámenes de audición dentro de la red necesitan una remisión.</i></p>	<p>Dentro de la red</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> <p><i>Los audífonos y los exámenes de audición dentro de la red necesitan una remisión.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por exámenes de audición</p> <p>Evaluaciones/adaptaciones de un audífonos y audífonos no tienen cobertura</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>	<p>Dentro de la red</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> <p><i>Los audífonos y los exámenes de audición dentro de la red necesitan una remisión.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por exámenes de audición</p> <p>Evaluaciones/adaptaciones de un audífonos y audífonos no tienen cobertura</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Servicios dentales de prevención <i>Se pueden aplicar limitaciones.</i></p>	<p>Dentro de la red Exámenes dentales periódicos \$0 de copago Evaluación dental integral \$0 de copago Limpiezas \$0 de copago Radiografías \$0 de copago Fuera de la red/punto de servicio (POS): Servicios dentales de prevención no están cubiertos</p>	<p>Dentro de la red Exámenes dentales periódicos \$0 de copago Evaluación dental integral \$0 de copago Limpiezas \$0 de copago Radiografías \$0 de copago Fuera de la red/punto de servicio (POS): Servicios dentales de prevención no están cubiertos</p>
<p>Servicios dentales integrales <i>Los servicios dentales integrales dentro de la red necesitan una remisión. Se pueden aplicar limitaciones.</i></p>	<p>Dentro de la red 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: Plan Dialysis Plus \$2,000 Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por servicios que cubre Medicare Otros beneficios integrales no tienen cobertura <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>	<p>Dentro de la red 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: Plan Dialysis Complete \$4,000 Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por servicios que cubre Medicare Otros beneficios integrales no tienen cobertura <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Atención de rutina de la vista <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>	<p>Dentro de la red Exámenes de rutina de la vista: 2 cada año \$0 de copago</p> <p>Anteojos \$350 para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), lentes de anteojos, monturas de anteojos y actualizaciones cada 2 años.</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por exámenes de visión y anteojos que cubre Medicare. Todos los demás servicios de rutina de la vista y anteojos/lentes no están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red Exámenes de rutina de la vista: 2 cada año \$0 de copago</p> <p>Anteojos \$400 para lentes de contacto, gafas (lentes y monturas), lentes de anteojos, monturas de anteojos y actualizaciones cada 2 años.</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS): Usted paga \$0 por exámenes de visión y anteojos que cubre Medicare. Todos los demás servicios de rutina de la vista y anteojos/lentes no están cubiertos.</p>
<p>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados <i>Los servicios dentro y fuera de la red/POS necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados Usted paga lo siguiente por ingreso o estancia: Del día 1 al 5 \$225 de copago por ingreso o estancia Del día 6 al 90 \$0 de copago por ingreso o estancia El costo compartido se cobra cuando se da de alta del hospital</p> <p>Fuera de la red Del día 1 al 5 \$100 Del día 6 al 90 \$0</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga un deducible de \$1,556 por período de beneficios. Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 60 • \$389 de copago por día, del día 61 al 90 • \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida) • 100% de todos los costos más allá de los días de reserva de por vida Estas son las cantidades de los costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en www.goldkidney.com. Si tiene todos los beneficios de Medicaid, sus gastos podrían ser menores.</p>
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red 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 <i>Se necesita una remisión</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS): Sesiones personales no tienen cobertura <i>Se necesita autorización previa</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – sesiones personales 20% de coseguro Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – sesiones en grupo 20% de coseguro <i>Los servicios de salud mental dentro de la red necesitan una remisión.</i> <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
Centro de enfermería especializada <i>Se necesita autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Del día 1 al 20 \$0 de copago por día Del día 21 al 47 \$100 de copago por día Del día 48 al 100 \$0 de copago por día	Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 20 • \$194.50 del día 21 al 100 • Todos los gastos por cada día después del día 100 del período de beneficios. Estas son las cantidades de los costos compartidos de 2022 y pueden cambiar para 2023. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en www.goldkidney.com .
Fisioterapia	Dentro de la red \$20 de copago <i>Se necesita una remisión.</i> Fuera de la red/punto de servicio (POS): \$20 de copago por visita <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i>	Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): 20% de coseguro <i>Los servicios dentro de la red necesitan una remisión.</i> <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i>
Ambulancia <i>Los servicios de Medicare que no sean de emergencia necesitan autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Ambulancia terrestre \$200 de copago Ambulancia aérea 20% de coseguro	Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS): Ambulancia terrestre 20% de coseguro Ambulancia aérea 20% de coseguro <i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i>
Transporte <i>Se necesita autorización previa.</i>	Dentro de la red Viajes a cualquier lugar relacionado con la salud \$0 de copago por 104 viajes de ida por año Fuera de la red/punto de servicio (POS): Sin cobertura	Dentro de la red Viajes a cualquier lugar relacionado con la salud \$0 de copago por 104 viajes de ida por año Fuera de la red/punto de servicio (POS): Sin cobertura

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>Medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B 20% de coseguro</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>Medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B 20% de coseguro</p>
<p>Medicamentos de venta libre (Over The Counter, OTC)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$50 por trimestre</p> <p>Este beneficio lo puede utilizar más de una vez, hasta el límite por trimestre, pero las cantidades que no se utilicen no se transfieren.</p> <p>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.</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$400 por trimestre</p> <p>Este beneficio lo puede utilizar más de una vez, hasta el límite por trimestre, pero las cantidades que no se utilicen no se transfieren.</p> <p>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.</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Podología</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS y dentro de la red.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>\$0 por servicios que cubre Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Atención de rutina del pie 20% de coseguro</p> <p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>20% de coseguro por servicios ilimitados de atención de rutina del pie</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>20% de coseguro por artículo</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS y dentro de la red.</i></p>	<p>Dentro y fuera de la red/punto de venta (POS):</p> <p>20% de coseguro por artículo</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Capacitación para el control de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p><i>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <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> • <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> • <i>La capacitación para el control de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</i> 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por la capacitación para el control de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por servicios y suministros de monitoreo de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por zapatos para diabéticos o plantillas terapéuticas</p> <p><i>La capacitación para el control de la diabetes dentro de la red necesita una remisión.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por la capacitación para el control de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por servicios y suministros de monitoreo de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por zapatos para diabéticos o plantillas terapéuticas</p> <p><i>La capacitación para el control de la diabetes dentro de la red necesita una remisión.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para los beneficios del POS.</i></p>
<p>Modificaciones y dispositivos de seguridad para la casa y el baño</p> <p><i>Los miembros son elegibles para recibir asientos de inodoro elevados, monturas de seguridad y dispositivos de elevación.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Acondicionamiento físico</p> <p><i>Tiene acceso a lugares de acondicionamiento físico que pueden incluir equipos, clases de ejercicio, piscinas y otros servicios disponibles. También están disponibles kits para acondicionamiento físico para la casa y recursos y apoyos en línea. Este beneficio lo administra el programa Silver&Fit de American Specialty Health.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Telesalud</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*
<p>Comidas</p> <p>El beneficio de comidas está disponible para los miembros inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización. Los miembros elegibles recibirán hasta 2 comidas por día por un máximo de 10 días. Este beneficio puede utilizarse máximo 4 veces al año.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga \$0</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga \$0</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios periódicos cubiertos dentro de la red incluyen:</p> <p>Atención de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo 12 visitas quiroprácticas por año <p><i>Los servicios dentro y fuera de la red/POS necesitan autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$20 de copago por visita para servicios que cubre Medicare</p> <p>\$20 de copago por visita para servicios quiroprácticos de rutina</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>\$20 de copago por visita para servicios que cubre Medicare</p> <p>Los servicios quiroprácticos periódicos no están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro por visita para servicios que cubre Medicare</p> <p>\$0 de copago por visita para servicios quiroprácticos de rutina</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>20% del costo por servicios que cubre Medicare</p> <p>Los servicios quiroprácticos periódicos no están cubiertos.</p>
<p>Acupuntura</p> <p>Para los beneficiarios de Medicare, están cubiertas un máximo de 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Fuera de la red/punto de servicio (POS):</p> <p>Sin cobertura</p>
		<p>*Su costo médico compartido de Dialysis Complete (HMO C-SNP) puede ser menor si recibe los beneficios completos de Medicaid.</p>

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

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)		GOLD KIDNEY OF ARIZONA DIALYSIS COMPLETE (HMO-POS C-SNP)*	
Deducible	\$0		\$505 Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", puede pagar \$0.	
	Receta estándar en farmacia Suministro para 30 días	Envío por correo Suministro para 90 días	Receta estándar en farmacia Suministro para 30 días	Envío por correo Suministro para 90 días
Cobertura inicial			Nivel 1 a 5: 25% o de \$0 a \$10.35 si recibe "Ayuda adicional" Nivel 6: 15% o de \$0 a \$10.35 si recibe "Ayuda adicional"	
Nivel 1: Genérico preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0		
Nivel 2: Genérico Insulinas seleccionadas	Usted paga \$5 Usted paga \$5	Usted paga \$12 Usted paga \$12		
Nivel 3: Marca preferida Insulinas seleccionadas	Usted paga \$45 Usted paga \$35	Usted paga \$112 Usted paga \$105		
Nivel 4: Medicamento no preferido	Usted paga \$100	Usted paga \$250		
Nivel 5: Especialidad	Usted paga 33%	No disponible		
Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la atención	Usted paga \$0	Usted paga \$0		
Periodo sin cobertura (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.		No hay periodo sin cobertura	
Cobertura para catástrofes (después de que usted o alguien en su nombre pague \$7,400) Medicamentos genéricos Medicamentos de marca	Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor: <ul style="list-style-type: none"> O bien, un coseguro del 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y \$10.35 para otros medicamentos. 		Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor: <ul style="list-style-type: none"> O bien, un coseguro del 5% del costo del medicamento o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y \$10.35 para otros medicamentos. 	
Mensaje importante sobre lo que paga por insulina	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.		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, incluso si no ha pagado su deducible.	
Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas	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.			

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