



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2023 GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

RESUMEN DE BENEFICIOS

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

Gold Kidney of Arizona Super Plus y Gold Kidney of Arizona Super Complete son planes HMO C-SNP de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes Gold Kidney of Arizona Super Plus y Gold Kidney of Arizona Super 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 Super Plus o Gold Kidney Super Complete, 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.

También debe tener un trastorno cardiovascular, falla cardíaca crónica o diabetes para unirse a nuestros planes Super Plus o Super 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 Super Plus (HMO C-SNP) y Gold Kidney of Arizona Super Complete (HMO C-SNP) en www.goldkidney.com.

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO 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	Como miembro de Super Plus, 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.	N/A
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)	\$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.	\$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 SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados <i>Se necesita autorización previa.</i>	Del día 1 al 7 \$100 de copago por día Del día 8 al 90 \$0 de copago por día	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.
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios Procedimientos/cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios	\$0 a \$195 de copago por visita <i>Se necesita autorización previa.</i>	20% de coseguro por visita <i>Se necesita autorización previa.</i>
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$100 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i>	20% de coseguro <i>Se necesita autorización previa.</i>
Visitas al médico	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	Proveedor de atención primaria (PCP) 20% de coseguro por visita Otros médicos especialistas 20% de coseguro por visita
Atención de prevención (p. ej., vacuna de la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted paga \$0 Otros servicios de prevención están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.	Usted paga \$0 Otros servicios de prevención están disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.
Atención médica de emergencia	Usted paga \$90 de copago por visita. El copago no se cobra si usted es hospitalizado en un plazo de 24 horas.	Usted paga \$95 de copago por visita. El copago no se cobra si usted es hospitalizado en un plazo de 24 horas.
Servicios necesarios de urgencia	\$0 de copago por visita	\$60 de copago por visita

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes	Servicios de laboratorio \$0 de copago Radiografías para pacientes ambulatorios \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico \$50 de copago Pruebas y procedimientos de diagnóstico \$50 de copago Radiología terapéutica 20% de coseguro	Servicios de laboratorio \$0 de copago Radiografías para pacientes ambulatorios 20% de coseguro Radiología de diagnóstico 20% de coseguro Pruebas y procedimientos de diagnóstico 20% de coseguro Radiología terapéutica 20% de coseguro
Servicios de audición	Exámenes de rutina de la audición \$0 de copago por 1 visita al año Audífonos Asignación total de \$500 por oído para audífonos cada año	Exámenes de rutina de la audición \$0 de copago por 1 visita al año Audífonos Asignación total de \$500 por oído para audífonos cada año
Servicios dentales de prevención <i>Se pueden aplicar limitaciones.</i>	Exámenes dentales periódicos \$0 de copago Evaluación dental integral \$0 de copago Limpiezas \$0 de copago Radiografías \$0 de copago	Exámenes dentales periódicos \$0 de copago Evaluación dental integral \$0 de copago Limpiezas \$0 de copago Radiografías \$0 de copago
Servicios dentales integrales <i>Se necesita una remisión para los servicios dentales integrales. Se pueden aplicar limitaciones.</i>	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 Super Plus \$2,000	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 Super Complete \$4,000

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
Atención de rutina de la vista	Exámenes de rutina de la vista: 2 cada año \$0 de copago Anteojos Su plan paga uno de los siguientes: \$350 por año para lentes de contacto, gafas (lentes y monturas) y actualizaciones cada 2 años.	Exámenes de rutina de la vista: 2 cada año \$0 de copago Anteojos Su plan paga uno de los siguientes: \$400 por año para lentes de contacto, gafas (lentes y monturas) y actualizaciones cada 2 años.
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados <i>Se necesita autorización previa.</i>	Atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados Del día 1 al 7 \$225 de copago por día Del día 8 al 90 \$0 de copago por día	Atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados \$120 por estancia
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios <i>Se necesita una remisión.</i>	Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – sesiones personales \$25 de copago Atención médica de salud mental para pacientes ambulatorios – sesiones en grupo \$10 de copago	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
Centro de enfermería especializada <i>Se necesita autorización previa.</i>	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	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 <i>Se necesita una remisión.</i>	\$20 de copago	20% de coseguro
Ambulancia <i>Los servicios de Medicare que no sean de emergencia necesitan autorización previa.</i>	Ambulancia terrestre \$200 de copago Ambulancia aérea 20% de coseguro	Ambulancia terrestre 20% de coseguro Ambulancia aérea 20% de coseguro
Transporte <i>Se necesita autorización previa.</i>	Viajes a cualquier lugar relacionado con la salud \$0 de copago por 36 viajes de ida por año	Viajes a cualquier lugar relacionado con la salud \$0 de copago por 54 viajes de ida por año

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
Medicamentos de la Parte B de Medicare <i>Se necesita autorización previa.</i>	Medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B 20% de coseguro	Medicamentos de quimioterapia 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B 20% de coseguro
Medicamentos de venta libre (Over The Counter, OTC)	\$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.	\$400 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.
Podología <i>Se necesita autorización previa.</i>	Atención de rutina del pie \$0 de copago 12 visitas por año La atención de rutina del pie incluye atención higiénica, como corte de uñas y eliminación de callos.	Atención de rutina del pie 20% de coseguro 12 visitas por año La atención de rutina del pie incluye atención higiénica, como corte de uñas y eliminación de callos.
Equipo médico duradero <i>Se necesita autorización previa.</i>	20% de coseguro por artículo	20% de coseguro por artículo
Capacitación para el control de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos <i>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina).</i> <i>Los servicios cubiertos incluyen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • La capacitación para el control de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	\$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 y plantillas terapéuticas <i>Para la capacitación para el control de la diabetes se necesita una remisión.</i>	\$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 y plantillas terapéuticas <i>Para la capacitación para el control de la diabetes se necesita una remisión.</i>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
<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>\$0 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i></p>
<p>Acondicionamiento físico</p> <p><i>Usted tiene acceso a lugares de fitness 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>\$0 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago <i>Se necesita autorización previa.</i></p>
<p>Telesalud</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>20% de coseguro</p>
<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>Usted paga \$0 <i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0 <i>Se necesita autorización previa.</i></p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Atención de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo 12 visitas quiroprácticas por año <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$20 de copago por servicios quiroprácticos de rutina</p>	<p>\$0 de copago por servicios quiroprácticos de rutina</p>

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO C-SNP)*
<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>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
		<p>*Su costo médico compartido de Super Complete (HMO C-SNP) puede ser menor si recibe los beneficios completos de Medicaid.</p>

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER PLUS (HMO C-SNP)		GOLD KIDNEY OF ARIZONA SUPER COMPLETE (HMO 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: Genérico preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0	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 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%	Usted paga 33%		
Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la atención	Usted paga \$0	N/A		
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)