

# 2024 ANOC

AVISO ANUAL DE CAMBIO

Gold Kidney de Arizona

## HONEST CARE (HMO-POS)

es ofrecido por



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

*Estableciendo el estándar de oro para su atención*

# ¡Gracias por ser parte de nuestra familia!

Apreciamos la confianza que deposita en nosotros para sus necesidades de atención médica. Gold Kidney se compromete a ofrecer beneficios y servicios que ayuden a todos los miembros de nuestra familia a ahorrar dinero y vivir vidas más saludables.

Este folleto es una comparación de sus beneficios de 2023 con sus beneficios de 2024. Si desea conservar su plan actual, no tiene que hacer nada.

**Si tiene dudas, la información que necesita está a solo un clic de distancia.**

**A partir del 15 de octubre de 2023, podrá encontrar estos documentos de 2024 en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).**

- **Evidencia de cobertura**  
Detalles completos de su plan Gold Kidney de Arizona Honest Care HMO-POS, incluidos beneficios y costos
- **Guía de medicamentos con receta (lista de medicamentos)**  
Lista de medicamentos cubiertos en su plan
- **Directorio de proveedores**  
Lista de médicos, farmacias y otros proveedores de su red

Si prefiere que le envíen una copia impresa de estos documentos por correo, puede llamar a nuestro servicio de atención al cliente al **1 (844) 294-6535; TTY: 711**.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Devolvemos los mensajes de voz en un día hábil cuando se dejan fuera del horario de atención o en días festivos.

**Nos alegra tenerlo como parte de nuestra familia Gold Kidney.**

Gold Kidney Health Plan es un plan HMO, POS, HMO-MA y HMO-POS-C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.

## Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS) es ofrecido por Gold Kidney Health Plan

### Notificación anual de cambios para el 2024

Actualmente está inscrito como miembro de **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la Prima.**

Gold Kidney le ofrece el valor que proporciona nuestro sistema integrado de médicos, hospitales y plan de salud, que trabajan juntos para mantenerlo sano. Con nuestros planes **HMO-POS**, usted disfruta de más beneficios que con Medicare Original (Parte A y Parte B) y de muchos servicios por un copago de \$0. Nuestros beneficios **HMO-POS** también le dan la flexibilidad de elegir entre proveedores dentro o fuera de la red, que están dispuestos a proporcionarle atención al mismo costo compartido.

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo su Evidencia de cobertura.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### ¿Qué hacer ahora?

#### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Verifique los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- Consulte coberturas y costos de los planes de su zona. Utilice el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Si desea información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para miembros al 1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). La llamada a estos números es gratuita.

**HORARIO DE ATENCIÓN:**

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(los 7 días de la semana, excepto en Acción de Gracias y Navidad)**

**Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(de lunes a viernes, excepto días festivos).**

Este documento está disponible en braille y en letra grande. Comuníquese con nuestro número de Departamento de Servicios para miembros que figura arriba.

- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca de Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**

- Gold Kidney Health Plan, Inc. es un plan HMO-POS, HMO-MA y HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestros”, se refiere a Gold Kidney Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**.

## ***Notificación anual de cambios para el 2024***

### **Tabla de contenido**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para el 2024.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1      A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en el plan Gold Kidney de Arizona Honest Care.....</b> | <b>7</b>  |
| <b>SECCIÓN 2      Cambios a los beneficios y costos para el próximo año .....</b>  | <b>8</b>  |
| Sección 2.1: Cambios a la prima mensual .....  | 8         |
| Sección 2.2: Cambios a la cantidad máxima a pagar de su bolsillo .....   | 9         |
| Sección 2.3: Cambios a la red de proveedores y farmacias.....  | 9         |
| Sección 2.4: Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos.....   | 10        |
| Sección 2.5: Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....  | 19        |
| <b>SECCIÓN 3      Cambios administrativos .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>SECCIÓN 4      Cómo decidir qué plan elegir.....</b>  | <b>24</b> |
| Sección 4.1: Si desea permanecer en <b>Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO POS)</b> ...  | 24        |
| Sección 4.2: Si desea cambiar de plan.....   | 25        |
| <b>SECCIÓN 5      Fecha de vencimiento para cambiar de plan .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>SECCIÓN 6      Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>SECCIÓN 7      Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ...</b>   | <b>26</b> |
| <b>SECCIÓN 8      ¿Preguntas? .....</b>  | <b>27</b> |
| Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de <b>Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)</b> .....   | 27        |
| Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....   | 27        |

## Resumen de costos importantes para el 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)** en varias áreas importantes. **Por favor, note que esto es solamente un resumen de los costos.**

Estos son los costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)** proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

| Costo  | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima podría ser mayor que este monto.</p> <p>(Para más detalles, consulte la Sección 2.1)</p>  | <p><b>\$0</b></p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B.</p>  | <p><b>\$0</b></p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>  |
| <p><b>Parte B con Reducción</b></p>  | <p><b>\$25</b></p> <p>Como afiliado de Gold Kidney Honest Care, Gold Kidney reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en \$50. La reducción es establecida por Medicare y es administrada a través de la Administración del Seguro Social (SSA).</p> <p>Según cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o al estado de cuenta de sus primas de la Parte B de Medicare.</p> | <p><b>\$50</b></p> <p>Como afiliado de Gold Kidney Honest Care, Gold Kidney reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en \$50. La reducción es establecida por Medicare y es administrada a través de la Administración del Seguro Social (SSA).</p> <p>Según cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o al estado de cuenta de sus primas de la Parte B de Medicare.</p> |
| <p><b>Cantidad máxima a pagar de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Para más detalles, consulte la Sección 2.2)</p> | <p><b>\$3,000</b></p>  | <p><b>\$3,000</b></p>  |

| Costo  | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Proveedor de atención primaria (PCP)<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$0 por visita.</p> <p>Especialistas: Nefrólogo, cardiólogo, endocrinólogo y especialistas cardiovasculares<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$0 por visita.</p> <p>Todos los demás especialistas médicos<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$20 por visita.</p> | <p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Proveedor de atención primaria (PCP)<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$0 por visita.</p> <p>Especialistas: Nefrólogo, cardiólogo, endocrinólogo y especialistas cardiovasculares<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$0 por visita.</p> <p>Todos los demás especialistas médicos<br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de \$10 por visita.</p> |
| <p><b>Hospitalización</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>                                   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                     Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga:<br/>                     Días 1 al 7<br/>                     \$175 de copago por día</p> <p>Días 8 al 90<br/>                     \$0 de copago por día</p>   | <p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br/>                     Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga:<br/>                     Días 1 al 7<br/>                     \$175 de copago por día</p> <p>Días 8 al 90<br/>                     \$0 de copago por día</p>   |
| <p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</b></p> <p>(Para más detalles, consulte la Sección 2.5)</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>   | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>   |

Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al servicio de atención al cliente.

- **Nivel de medicamento 1:**  
*(Medicamentos genéricos preferidos):*  
Usted paga:  
**\$0** por suministro de 30 días.
- **Nivel de medicamento 2:**  
*(Genéricos/Insulina seleccionada):*  
Usted paga:  
**\$5** por suministro de 30 días.
- **Nivel de medicamento 3:**  
*(Marca preferida/Insulina seleccionada):*  
Usted paga:  
**\$35-\$45**/suministro de 30 días.  
**Insulina:**  
Usted paga:  
**\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel de medicamento 4:**  
*(Medicamento no preferido):*  
Usted paga:  
**\$250** por 30 días.
- **Nivel de medicamento 5:**  
*(Especialidad):*  
Usted paga:  
**33%** de coseguro/  
suministro para 30 días.
- **Nivel de medicamento 6:**  
*(Medicamento de cuidado seleccionado):*  
Usted paga:  
**\$0** por suministro de 30 días.
- **Nivel de medicamento 1:**  
*(Medicamentos genéricos preferidos)* Usted paga:  
**\$0**/suministro para 30 días
- **Nivel de medicamento 2:**  
*(Genéricos/Insulina seleccionada):*  
Usted paga:  
**\$5** por suministro de 30 días.
- **Nivel de medicamento 3:**  
*(Marca preferida/Insulina seleccionada):*  
Usted paga:  
**\$40** por suministro de 30 días.  
**Insulina:**  
Usted paga:  
**\$35** por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel de medicamento 4:**  
*(Medicamento no preferido):*  
Usted paga:  
**\$100** por 30 días.
- **Nivel de medicamento 5:**  
*(Especialidad):*  
Usted paga:  
**33%** de coseguro/  
Suministro para 30 días.
- **Nivel de medicamento 6:**  
*(Medicamento de cuidado seleccionado):*  
Usted paga:  
**\$0** por suministro de 30 días.

| Costo | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|-------|---|---|
|       | <p><b>Cobertura catastrófica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li><li>• Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li></ul> | <p><b>Insulina:</b></p> <p>Usted paga: <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. La insulina por correo tiene un costo de \$0 al mes o \$0 por un suministro de 100 días.</p> <p><b>Cobertura catastrófica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li></ul> |

**SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS) en 2024**

**Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS).**

Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de **Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)**. Si desea cambiar de plan o pasarse a Medicare Original, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

## SECCIÓN 2 Cambios a los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1: Cambios a la prima mensual

| Costo  | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año) |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.) | \$0             | \$0                   |

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, podría tener que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

---

## Sección 2.2: Cambios a la cantidad máxima a pagar de su bolsillo

---

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de su bolsillo durante el año. Ese límite se llama la cantidad máxima a pagar de su bolsillo. Una vez que usted llegue a esa cantidad, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo  | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año)  |
|--|-----------------|--|
| <b>Cantidad máxima a pagar de su bolsillo</b>  | <b>\$3,000</b>  | <b>\$3,000</b>   |
| Sus costos por los servicios médicos cubiertos se cuentan para determinar la cantidad máxima a pagar de su bolsillo. |                 | Una vez que ha pagado <b>\$3,000</b> de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |
| Los costos de medicamentos con receta no cuentan hacia la cantidad máxima a pagar de su bolsillo.                    |                 |  |

---

## Sección 2.3: Cambios a la red de proveedores y farmacias

---

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). Además, puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada de proveedores o farmacias o pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Revise los directorios de farmacias 2024 para ver las listas más actualizadas.

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios durante el año a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan. Si un cambio a mediados de año relacionado con sus proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para afiliados para que podamos ayudarlo.

## Sección 2.4: Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios por ciertos servicios médicos para el próximo año. La información que sigue describe estos cambios.

|   | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|---|---|---|
| <b>Telemedicina</b>   | <b>Dentro de la red:</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$0</b> | <b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$10</b>  |
| <b>BENEFICIOS FLEXIBLES</b><br><br>Beneficio de cambio flexible para servicios odontológicos, auditivos y oftalmológicos<br><br>Su nuevo beneficio ofrece una asignación trimestral combinada para los tres servicios.<br><br>Ahora tiene libertad para elegir qué servicio, qué proveedor y cuánto gastar en cada beneficio cada trimestre. No hay requisitos de red para este beneficio. Utilice su beneficio en cualquier proveedor que acepte la tarjeta MasterCard del plan para adquirir estos servicios. | <b>No cubierto.</b>                                       | <b>Nuevo beneficio flexible combinado odontológico, auditivo y oftalmológico: Copago de \$0 para todos los servicios. La asignación trimestral se proporciona el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. El saldo no utilizado de cada trimestre no se transfiere. El plan abona hasta el límite del beneficio asignado. Usted paga todos los costos que excedan la asignación.</b> |

|  | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Servicios odontológicos preventivos y servicios odontológicos integrales</b></p> <p><i>Su beneficio flexible le permite acudir a cualquier proveedor para recibir el nivel de atención que desee.</i></p> <p><i>Se aplican limitaciones a la asignación.</i></p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                     Usted paga: <b>\$0</b> de copago por servicios preventivos e integrales</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                     No cubierto.<br/>                     Usted paga: <b>\$0</b> por servicios cubiertos por Medicare. Otros beneficios integrales no están cubiertos.</p> <p>Usted tiene montos de cobertura de beneficios máximos combinados para servicios odontológicos preventivos e integrales: <b>\$2,000.</b></p> | <p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Tiene flexibilidad para elegir en qué beneficio gastar su asignación en cualquier proveedor.</p> <p>Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Usted es responsable de todos los costos que superen la asignación del plan.</p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b> por servicios odontológicos preventivos e integrales a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de <b>\$525</b> por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de <b>\$2,100</b> para beneficios flexibles combinados.</p> |

|  | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Servicios auditivos</b><br/>                     Exámenes, ajuste y aparato(s) auditivo(s)</p> <p><i>Su beneficio flexible le permite acudir a cualquier proveedor para recibir el nivel de atención que desee.</i></p> <p><i>Se aplican limitaciones a la asignación.</i></p> | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b>: 1 visita al año.</p> <p>Asignación total de <b>\$500</b> por cada oído para aparatos auditivos cada año</p> <p><b>Fuera de la red:<br/>                     No cubierto.</b></p> <p>Usted paga:<br/> <b>\$0</b> de copago por examen auditivo</p> <p>El ajuste/la evaluación de aparatos auditivos y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> | <p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Tiene flexibilidad para elegir en qué beneficio gastar su asignación en cualquier proveedor.</p> <p>Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Usted es responsable de todos los costos que superen la asignación del plan.</p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b> por exámenes, ajuste y aparato(s) auditivo(s) a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de <b>\$525</b> por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de <b>\$2,100</b> para beneficios flexibles combinados.</p> |

|   | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Cuidado de la vista</b><br/>                     Servicios de visión rutina</p> <p><i>Su beneficio flexible le permite acudir a cualquier proveedor para recibir el nivel de atención que desee.</i></p> <p><i>Se aplican limitaciones a la asignación.</i></p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b>: examen de los ojos de rutina 2 cada año</p> <p>Asignación de <b>\$350</b> para lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), lentes de anteojos, monturas de anteojos y actualizaciones cada 2 años.</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/> <b>No cubierto.</b></p> <p>Usted paga:<br/> <b>\$0</b> para exámenes de los ojos cubiertos por Medicare y anteojos o lentes</p> <p>Todos los demás servicios de visión de rutina y los anteojos o lentes no están cubiertos.</p> | <p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Tiene flexibilidad para elegir en qué beneficio gastar su asignación en cualquier proveedor.</p> <p>Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Usted es responsable de todos los costos que superen la asignación del plan.</p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b> por servicios de visión a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de <b>\$525</b> por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de <b>\$2,100</b> para beneficios flexibles combinados.</p> |
| <p><b>Hospitalización parcial</b></p>   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$75</b> de copago por día.</p>  | <p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Usted paga:<br/> <b>\$70</b> de copago por día.</p>  |
| <p><b>Fisioterapia y terapia del lenguaje</b></p>   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                     Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$20</b>.</p>  | <p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$10</b>.</p>  |

|   | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)   |
|---|--|---|
| <b>Terapia ocupacional</b>                  | <b>Dentro de la red:</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$20</b>           | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$10</b>            |
| <b>Tratamiento con opioides</b>             | <b>Dentro de la red:</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de <b>\$0.</b> | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de <b>\$25.</b> |
| <b>Otros proveedores de atención médica</b> | <b>Dentro de la red:</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$20</b>           | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br><b>\$10</b>            |

|  | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Venta libre (OTC)</b></p> <p>Puede utilizarla para adquirir artículos de higiene personal y productos de venta libre no recetados, como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicamentos para la tos o el resfriado y vendas.</p> | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Asignación de hasta <b>\$50</b> cada tres (3) meses para productos de venta sin receta (OTC) elegibles por pedido por correo o en minoristas participantes.</p> <p>Máx. del plan <b>\$200</b>.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No cubierto.</p> | <p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Copago de <b>\$0</b>.</p> <p>Asignación de <b>\$25</b> al mes. Máx. del plan <b>\$300</b>.</p> <p>Puede utilizar este beneficio más de una vez, hasta el límite mensual, pero los montos no utilizados no se acumulan.</p> <p>Puede utilizarla para adquirir artículos de higiene personal y productos de venta libre no recetados, como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicamentos para la tos o el resfriado y vendas.</p> <p>El servicio de pedido por correo está disponible a través de un proveedor contratado por el plan.</p> |

|  | 2023 (este año)                    | 2024 (el próximo año)   |
|--|------------------------------------|---|
| <p><b>Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas</b></p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de los Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas. Debe cumplir los requisitos y participar en las actividades de gestión de casos para obtener los siguientes beneficios del plan.</p> <p>No todos los afiliados cumplen los requisitos.</p> <p>Los afiliados que padezcan una o varias de las enfermedades crónicas que se indican a continuación pueden optar por estos beneficios complementarios adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos autoinmunitarios</li> <li>• Derrame cerebral</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Enfermedad renal crónica</li> <li>• Trastorno cardiovascular</li> <li>• Trastorno pulmonar crónico</li> <li>• Demencia</li> <li>• Dependencia crónica del alcohol y otras drogas</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad hepática terminal</li> <li>• Enfermedad renal terminal</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Trastornos hematológicos graves</li> </ul> | <p>No hay beneficio para 2023.</p> | <p><b>Subsidio para comestibles saludables:</b></p> <p>Comestibles saludables<br/>                     Copago de \$0 por alimentos elegibles con un límite de asignación de \$45 al mes, cargados en una tarjeta de débito. El saldo no utilizado no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Todos los beneficios del SSBCI son para afiliados que cumplen ciertos requisitos y que han sido aprobados por el plan. Los servicios se adquieren con la tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <p>No todos los afiliados cumplen los requisitos.</p> |

|   | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Instituciones de enfermería calificada (SNF)</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa</i></p>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Días 1 al 20<br/>                     \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 al 36<br/>                     \$188 de copago por día.</p> <p>Días 37 al 100<br/>                     \$0 de copago por día.</p> | <p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     Días 1 al 20<br/>                     \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 al 36<br/>                     \$200 de copago por día.</p> <p>Días 37 al 100<br/>                     \$0 de copago por día.</p> |
| <p><b>Transporte: Transporte médico no de emergencia</b></p>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga:<br/>                     \$0 para un máximo de 24 viajes de ida.</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                     No cubierto.</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Viajes a cualquier ubicación relacionada con la salud.</p> <p>Copago de \$0: 24 viajes de ida al año (distancia máxima de 50 millas).</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br/>                     No cubierto.</p>   |
| <p><b>Cobertura internacional para viajes de emergencia</b></p> <p><i>El plan paga la atención de urgencia y emergencia y el transporte en ambulancia durante los viajes fuera de Estados Unidos hasta el monto máximo del plan. Los afiliados pagan un monto superior al máx. del plan</i></p> | <p>Usted paga:<br/>                     Copago de \$120.</p> <p>Máximo del plan de \$50,000.</p>  | <p>Usted paga:<br/>                     Copago de \$120.</p> <p>Máximo del plan de \$75,000.</p>  |

|   | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año)  |
|---|-----------------|--|
| <b>Educación para la salud</b>  | No cubierto.    | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de \$0.<br><br><i>4 sesiones de educación sobre la diabetes al año.</i>          |
| <b>Educación sobre enfermedades renales</b>   | No cubierto.    | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de \$0.<br><br><i>4 sesiones de educación sobre enfermedades renales al año.</i> |
| <b>Comprobación de medicación en el hogar posterior al alta</b><br><br><i>Visita a domicilio posterior a una hospitalización para revisar y cotejar todos los medicamentos.</i> | No cubierto.    | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de \$0.  |
| <b>Visita domiciliaria de prevención de una nueva hospitalización posterior al alta</b>   | No cubierto.    | <b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b><br><br>Usted paga:<br>Copago de \$0.<br><br><i>Visita domiciliaria 14 días después del alta.</i>              |

|                                     | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año) |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| Terapia de nutrición con medicación | Dentro de la red:<br><br>Usted paga:<br>Copago de \$0. | No cubierto.          |

## Sección 2.5: Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios a nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. **Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en formato electrónico.** Puede obtener la “Lista de medicamentos” *completa* llamando a Servicios para miembros al 1(844) 294-6535 (TTY 711) o visitándonos en el sitio web [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

#### HORARIO DE ATENCIÓN:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
 (los 7 días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad)**

**Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
 (de lunes a viernes, excepto los días festivos)**

Realizamos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o añadir medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte la “Lista de medicamentos” para tener la seguridad de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirá alguna restricción, o si su medicamento ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios de la “Lista de medicamentos” son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos realizar otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos considerados como poco seguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para brindar la lista de medicamentos más actualizada.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al inicio del año o durante el año, revise el capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para afiliados para obtener más información.

**Cambios a los costos de los medicamentos con receta**

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información que sigue muestra los cambios en las primeras dos etapas, la Etapa del deducible anual y la Etapa de la cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas, la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.)

**Cambios a la Etapa deducible**

| Etapa                                    | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa de Deducible anual</b> | Debido a que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

**Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial**

| Etapa  | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes o 30 días cuando le surten su medicamento con receta en una farmacia de la red que provee el costo compartido estándar.</p> <p>Para información sobre los costos de un suministro de largo plazo en una farmacia de la red o para medicamentos con receta por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p><b>Nivel de medicamento 1:</b><br/> <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$0</b> por suministro de 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b><br/> <i>(Genéricos/Insulina seleccionada)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$5</b> por suministro de 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 3:</b><br/> <i>(Marca preferida/Insulina seleccionada)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$35-\$45</b>/suministro de 30 días.</p> | <p><b>Nivel de medicamento 1:</b><br/> <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$0</b> por suministro de 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 2:</b><br/> <i>(Genéricos/Insulina seleccionada)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$5</b> por suministro de 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 3:</b><br/> <i>(Marca preferida/Insulina seleccionada)</i><br/>                     Usted paga:<br/> <b>\$40</b>/suministro para 30 días</p> |

| Etapa   | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|---|--|--|
| <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra “Lista de Medicamentos”. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel, búselos en la “Lista de Medicamentos”.</p> | <p><b>Insulina:</b><br/>                     Usted paga: <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 4:</b><br/> <i>(Medicamento no preferido)</i><br/>                     Usted paga: <b>\$100</b> por 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 5:</b><br/> <i>(Especialidad)</i><br/>                     Usted paga: <b>33%</b> de coseguro/ suministro para 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 6:</b><br/> <i>(Medicamento de cuidado seleccionado)</i><br/>                     Usted paga: <b>\$0</b> por suministro de 30 días</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcancen los <b>\$4,660</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> | <p><b>Insulina:</b><br/>                     Usted paga: <b>\$35</b> por diferente suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel de medicamento 4:</b><br/> <i>(Medicamento no preferido)</i><br/>                     Usted paga: <b>\$100</b> por 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 5:</b><br/> <i>(Especialidad)</i><br/>                     Usted paga: <b>33%</b> de coseguro/ suministro para 30 días.</p> <p><b>Nivel de medicamento 6:</b><br/> <i>(Medicamento de cuidado seleccionado)</i><br/>                     Usted paga: <b>\$0</b> por suministro de 30 días</p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. La insulina por correo tiene un costo de <b>\$0</b> al mes o <b>\$0</b> por un suministro de 100 días. Una vez que sus costos totales de medicamentos alcancen los <b>\$5,030</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> |

**Cambios a las Etapas de interrupción de la cobertura y Etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas, la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de déficit de la cobertura o la etapa de cobertura catastrófica.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 3 Cambios Administrativos**

| Descripción  | 2023 (este año) | 2024 (el próximo año)   |
|--|-----------------|---|
| <p><b>Recompensas e incentivos preventivos</b><br/>                     Su nuevo beneficio le permite obtener recompensas adicionales por completar los servicios preventivos y participar en encuestas del plan. Los fondos de las recompensas no pueden utilizarse para compras de su elección en los proveedores participantes.</p> |                 | <p>Gane hasta un total de <b>\$300</b> por la realización de varias actividades preventivas y encuestas del plan. Debe completar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de riesgos de la salud</li> <li>• Visita anual de rutina</li> <li>• Vacuna contra la gripe y la Covid</li> <li>• Examen de la vista para personas diabéticas</li> <li>• Evaluación de riesgo de caídas</li> <li>• Evaluación de control de la vejiga</li> <li>• Dos pruebas de HbA2c+orina en el cuarto trimestre del año</li> <li>• Comprobación de la medicación posterior a una hospitalización a los 14 días</li> <li>• Visita al PCP posterior a una atención de emergencia a los 7 días</li> <li>• Mamografía</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colon</li> <li>○ Próstata</li> <li>○ Cervical</li> </ul> </li> <li>• Encuestas del plan:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encuesta de visita al médico de atención primaria (PCP)</li> <li>○ Encuesta simulada CAHPS</li> </ul> </li> </ul> |

## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1: Si desea permanecer en Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en **Gold Kidney Honest Care (HMO-POS)**.

---

## Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

---

Esperamos que decida seguir siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

### Paso 1: Obtenga información y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto.
- *O*, puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 en relación con una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare.

### Paso 2: Cómo cambiar su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Será dado de baja automáticamente de *Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)*.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será dado de baja automáticamente de *Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)*.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o al plan de Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

### ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Estos ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó, actualmente vive en una institución o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

## **SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud de Arizona.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones en el plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar del plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud de Arizona al (602) 542-4446 o al número gratuito 800-432-4040. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud de Arizona visitando su sitio web en: <https://des.az.gov/medicare-assistance>.

## **SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados**

Usted podría cumplir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta. Si usted cumple los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de la cobertura de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplen los requisitos no estarán sujetas a un déficit de cobertura o a una penalidad por inscripción tardía. Para saber si cumple los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(877)-486-2048, 24, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - Puede comunicarse con la oficina de la seguridad social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - Su Oficina Estatal de Medicaid (para solicitudes).
- **Asistencia para compartir los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de que residen en el estado y su situación del VIH, bajo ingreso según lo define el estado y que no tengan seguro o tengan seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de medicamentos a través del Programa de Asistencia ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 800-334-1540 o al 602-364-3610.

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de *Gold Kidney Health de Arizona Honest Care* (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al número de teléfono 1 (844) 294-6535 (TTY 711). La llamada a estos números es gratuita.

#### HORARIO DE ATENCIÓN:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(los 7 días de la semana, excepto en Acción de Gracias y Navidad)  
Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(de lunes a viernes, excepto días festivos).**

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Esta *Notificación anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* para *Gold Kidney de Arizona Honest Care (HMO-POS)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal, detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita cumplir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). También puede llamar a servicios para miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [goldkidney.com](http://goldkidney.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/“Lista de Medicamentos”)*.

### Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Este sitio web proporciona información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y usted 2024)***

Lea el manual *Medicare & You 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Aviso de no discriminación

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Gold Kidney Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

## **GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Si usted cree que Gold Kidney Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja a:

Gold Kidney Health Plan—Appeals & Grievances  
P.O. Box 14050, Scottsdale, Arizona, 85267  
1 (844) 294-6535 (TTY 711)  
Por fax al: 1 (866) 515-7869

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Usted puede presentar también una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1 (844) 294-6535**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1 (844) 294-6535**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1 (844) 294-6535**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1 (844) 294-6535**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1 (844) 294-6535**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1 (844) 294-6535**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1 (844) 294-6535**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1 (844) 294-6535**번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1 (844) 294-6535**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1 (844) 294-6535**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1 (844) 294-6535** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1 (844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1 (844) 294-6535**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1 (844) 294-6535**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1 (844) 294-6535**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1 (844) 294-6535**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Esta página se ha dejado en blanco de manera intencional.

Esta página se ha dejado en blanco de manera intencional.



# **GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

*Estableciendo el estándar de oro para su atención*

## **2024 ANOC**

AVISO ANUAL DE CAMBIO

### **PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME O CONTÁCTENOS**

1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Gold Kidney Health Plan Inc., P.O. Box 14050, Scottsdale, AZ 85267

### **HORARIO DE ATENCIÓN**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(los 7 días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad)

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local  
(de lunes a viernes, excepto días festivos)

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

Gold Kidney Health Plan, Inc. es un plan HMO-POS, HMO-MA y HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.