

Resumen de la comparación de planes

Beneficios y primas	Original Medicare Tarifa por servicio ¹	Super Plus (HMO-POS C-SNP)	Super Complete ² (HMO-POS C-SNP)	Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)	Dialysis Complete ² (HMO-POS C-SNP)
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO PARA MIEMBROS					
Reducción de prima de la Parte B (rebaja o devolución de dinero en su cheque del Seguro Social)	N/A	\$150	N/A	N/A	N/A
PRIMA MENSUAL			MEDICARE Y MEDICAID/MEDICARE SOLAMENTE		MEDICARE Y MEDICAID/MEDICARE SOLAMENTE
Prima mensual	N/A	\$0	\$0/\$25.80	\$0	\$0/\$36.30
Máximo a pagar de su bolsillo (MOOP)	N/A	\$3,000	\$8,850	\$2,700	\$8,850
BENEFICIOS Y PRIMAS			MEDICARE Y MEDICAID/MEDICARE SOLAMENTE		MEDICARE Y MEDICAID/MEDICARE SOLAMENTE
Médico de atención primaria	20%	\$0	0%/20%	\$0	0%/20%
Especialista (cardiólogo, nefrólogo, endocrinólogo y cirujano cardiovascular)	20%	\$0	0%/20%	\$0	0%/20%
Especialista (todos los demás)	20%	\$10	0%/20%	\$10	0%/20%
Atención de urgencia	20%	\$10	\$0/\$10	\$40	\$0/\$55
Atención de emergencia	20%	\$90	\$0/\$90	\$120	\$0/\$75
Hospitalización	Se aplica el deducible de la Parte A de Medicare; \$0 días 1 al 60; días permitidos por Medicare 61 a 90 en cada período de beneficios	Días 1 al 5: \$175 Días 6 al 90: \$0	Se aplica el deducible de la Parte A de Medicare; \$0 días 1 al 60; días permitidos por Medicare 61 a 90 en cada período de beneficios	Días 1 al 5: \$175 Días 6 al 90: \$0	Se aplica el deducible de la Parte A de Medicare; \$0 días 1 al 60; días permitidos por Medicare 61 a 90 en cada período de beneficios
Servicios hospitalarios ambulatorios	20%	\$175	0%/20%	\$175	0%/20%
Centro de cirugía ambulatoria	20%	\$75	0%/20%	\$75	0%/20%
Pruebas (radiología diagnóstica)	20%	\$50	0%/20%	\$50	0%/20%
Servicios de laboratorio	20%	\$0	\$0	\$0	0%/20%
Díálisis	20%	20%	0%/20%	\$0	0%/20%
EXTRAS					
Servicios dentales, oftalmológicos y auditivos ³	Atención dental de rutina no cubierta; Servicios dentales no cubiertos	Límite de \$625 por 3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$2,500	Límite de \$875 por 3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$3,500	Límite de \$625 por 3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$2,500	Límite de \$875 por 3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$3,500
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI) ⁴	No está cubierto	Subsidio para comestibles saludables: \$80/mes	Subsidio para comestibles saludables: \$35/mes	Subsidio para comestibles saludables: \$75/mes	Subsidio para comestibles saludables: \$35/mes
Transporte que no es de emergencia	Transporte que no es de emergencia no está cubierto ⁵	\$0 para 36 viajes de ida ⁶	\$0 para 54 viajes de ida al año ⁶	\$0 para viajes ilimitados ⁶	\$0 para ilimitados ⁶
Sin receta ⁷	No está cubierto	\$25/mes, hasta \$300 por año	\$135/mes, hasta \$1,620 por año	\$25/mes; hasta \$300 por año	\$135/mes agregar hasta \$1,620 por año
Ejercicio	No está cubierto	\$0 para membresía de gimnasio en Silver&Fit	\$0 para membresía de gimnasio en Silver&Fit	\$0 para membresía de gimnasio en Silver&Fit	\$0 para membresía de gimnasio en Silver&Fit
Cuidado de acompañamiento ⁸	No está cubierto	\$0 para apoyo a domicilio	\$0 para apoyo a domicilio	\$0 para apoyo a domicilio	\$0 para apoyo a domicilio
Recompensas e incentivos preventivos	N/A	Recompensas e incentivos preventivos: Hasta \$300 por año ⁹	Recompensas e incentivos preventivos: Hasta \$300 por año ⁹	Recompensas e incentivos preventivos: Hasta \$300 por año ⁹	Recompensas e incentivos preventivos: Hasta \$300 por año ⁹
Medicamentos recetados; suministro de 30/100 días al por menor ¹⁰	No está cubierto	\$0 / \$5 / \$40 / \$100 / 33% / \$0	25% / 25% / 25% / 25% / 25% / 25%	\$0 / \$5 / \$40 / \$100 / 33% / \$0	25% / 25% / 25% / 25% / 25% / 25%

NOTAS

- 1 El costo compartido se aplica después del deducible y cualquier coseguro de hospitalización que se requiera.
- 2 Si recibe beneficios de Medicaid, los programas pagarán su prima y coseguro.
- 3 El nuevo subsidio flexible combinado le permite elegir cuánto puede utilizar para servicios dentales, de la vista y de la audición cubiertos y dónde obtiene su atención; no se requiere red. Gaste hasta el subsidio del Plan FLEX cada trimestre. El subsidio no se transfiere al siguiente trimestre. El miembro pagará todos los costos que excedan el subsidio del plan.
- 4 Debe tener una de las afecciones crónicas indicadas y participar en la administración de casos. No todas las personas cumplen los requisitos.
- 5 Basado en necesidad médica; requiere orden médica.
- 6 La distancia máxima es de 50 millas.
- 7 Incluye cobertura de batidos de proteínas para terapia nutricional como Glucerna y Nepro. Sin traspasos.
- 8 Incluye apoyo a domicilio para tareas domésticas ligeras, trabajos de jardinería o apoyo tecnológico; hasta 60 horas.
- 9 Para la realización de actividades preventivas.
- 10 Varía según el nivel o etapa de cobertura.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Resumen de la comparación de planes

Planes C-SNP de Florida



Preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestros planes o para inscribirse, llame a:

1 (844) 294-6535 (TYT 711)

Horario de atención

DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE MARZO

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes; 8 a.m. a 1 p.m., sábados (excepto Acción de Gracias y Navidad)

DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excepto feriados)



www.goldkidney.com

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

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.

H1526_PlanComparison_CSNP_0823M