

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)	Gold Circle (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	\$50	\$0	\$0	\$0	\$0
PRIMA MENSUAL						
Prima mensual	N/A	\$0	\$0/\$25.80	\$0	\$0/\$37.80	\$0
Máximo a pagar de su bolsillo (MOOP)	N/A	\$3,000	\$8,850	\$2,700	\$8,850	\$8,850
BENEFICIOS Y PRIMAS						
Médico de atención primaria	20%	\$0	0%/20%	\$0	0%/20%	20%
Especialista: Cardiología, nefrología, endocrinología y cirujano cardiovascular	20%	\$0	0%/20%	\$0	0%/20%	20%
Especialista (todos los demás)	20%	\$10	0%/20%	\$10	0%/20%	20%
Atención de urgencia	20%	\$10	\$0/\$10	\$40	\$0/\$55	\$55
Atención de emergencia	20%	\$90	\$0/\$90	120\$	\$0/\$95	\$100
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	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%	20%
Centro de cirugía ambulatoria	20%	\$75	0%/20%	\$75	0%/20%	20%
Pruebas (radiología diagnóstica)	20%	\$50	0%/20%	\$50	0%/20%	20%
Servicios de laboratorio	20%	\$0	0%/\$0	\$0	0%/\$0	20%
Diálisis	20%	20%	0%/20%	\$0	0%/20%	20%
EXTRAS						
Servicios dentales, oftalmológicos y auditivos ³	Los servicios dentales de rutina no están cubiertos	Límite combinado de \$625/3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$2,500	Límite combinado de \$1,000/3 meses Subsidio flexible anual de \$4,000	Límite combinado de \$625/3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$2,500	Límite combinado de \$1,000/3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$4,000	No está cubierto
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI) ⁴	No está cubierto	Subsidio para comestibles saludables: \$80/mes ⁵	Subsidio para comestibles saludables: \$75/mes ⁵	Subsidio para comestibles saludables: \$75/mes ⁵	Subsidio para comestibles saludables: \$75/mes ⁵	Subsidio para comestibles saludables: \$25 por mes ⁵ Subsidio para gasolina/combustible: \$25 por mes para combustible de una gasolinera ⁵
Transporte que no es de emergencia	Transporte que no es de emergencia no está cubierto ⁶	\$0 para 36 viajes de ida al año ⁷	\$0 para 54 viajes de ida al año ⁷	\$0 para viajes ilimitados ⁷	\$0/viajes ilimitados ⁷	No está cubierto
Sin receta ⁸	No está cubierto	\$25/mes, hasta \$300 por año	\$135/mes, hasta \$1,620 por año	\$25/mes, hasta \$300 por año	\$135/mes, hasta \$1,620 por año	No está cubierto
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	No está cubierto
Cuidado de acompañamiento ⁹	No está cubierto	\$0 para servicios de apoyo a domicilio	\$0 para servicios de apoyo a domicilio	\$0 para servicios de apoyo a domicilio	\$0 para servicios de apoyo a domicilio	No está cubierto
Recompensas e incentivos preventivos	No está cubierto	Hasta \$300 por año ¹⁰	Hasta \$300 por año ¹⁰	Hasta \$300 por año ¹⁰	Hasta \$300 por año ¹⁰	Hasta \$300 por año ¹⁰
Medicamentos recetados; suministro de 30/100 días al por menor ¹¹	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%	25%/25%/25%/25%/25%/25%

NOTAS

- ¹ El costo compartido se aplica después del deducible y cualquier copago de hospitalización que se requiera.
- ² Si recibe beneficios de Medicaid/AHCCS, estos 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 flexible del plan 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 el programa de administración de casos. No todas las personas cumplen los requisitos.
- ⁵ Límite por mes. El saldo no se transfiere.
- ⁶ Basado en necesidad médica; requiere orden médica.
- ⁷ La distancia máxima es de 50 millas.
- ⁸ Incluye cobertura de batidos de proteínas para terapia nutricional como Glucerna y Nepro. Sin traspasos.
- ⁹ Incluye apoyo a domicilio para tareas domésticas ligeras, trabajos de jardinería o apoyo tecnológico; hasta 60 horas.
- ¹⁰ Para la realización de actividades preventivas.
- ¹¹ Varía según el nivel o etapa de cobertura.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Resumen de la comparación de planes

Planes C-SNP de Arizona



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.

H4869_PlanComparison_CSNP_0823M