

Resumen de la comparación de planes

Beneficios y primas	Original Medicare Tarifa por servicio ¹	Honest Care (HMO-POS)	Essential Care (HMO-POS MA)
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO PARA MIEMBROS			
Reducción de prima de la Parte B por mes (rebaja o devolución de dinero en su cheque del Seguro Social)	N/A	\$50	\$100
PRIMA MENSUAL			
Prima mensual	N/A	\$0	\$0
Máximo a pagar de su bolsillo (MOOP)	N/A	\$3,000	\$8,850
BENEFICIOS Y PRIMAS			
Médico de atención primaria	20%	\$0	20%
Especialistas: cardiología, nefrología, endocrinología y cirujano cardiovascular	20%	\$10	20%
Especialista (todos los demás)	20%	\$10	20%
Atención de urgencia	20%	\$20	\$55
Atención de emergencia	20%	\$90	\$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 7: \$175	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%	\$225	20%
Centro de cirugía ambulatoria	20%	\$150	20%
Pruebas (radiología diagnóstica)	20%	\$50	20%
Servicios de laboratorio	20%	\$0	20%
Diálisis	20%	20%	20%
EXTRAS			
Servicios dentales, oftalmológicos y auditivos ²	Los servicios dentales de rutina no están cubiertos	\$45/mes Límite de \$525 por 3 meses Subsidio flexible anual combinado de \$2,100	Los servicios dentales de rutina no están cubiertos
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI) ³	No se ofrece	Subsidio para comestibles saludables: \$45/mes ⁴	Subsidio para comestibles saludables: \$75/mes ⁴ Subsidio para gasolina/combustible: \$75/mes ⁴
Transporte que no es de emergencia	Transporte que no es de emergencia no está cubierto ⁵	\$0 para 24 viajes de ida al año ⁶	No está cubierto
Sin receta ⁷	No está cubierto	\$25/mes, hasta \$300 por año	No está cubierto
Ejercicio	No está cubierto	\$0 para membresía de gimnasio en Silver&Fit	No está cubierto
Cuidado de acompañamiento ⁸	No está cubierto	\$0 para servicios de apoyo a domicilio	No está cubierto
Recompensas e incentivos preventivos	No está cubierto	Hasta \$300 por año ⁹	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	Este plan no proporciona beneficios de medicamentos.

NOTAS

- ¹ El costo compartido se aplica después del deducible y cualquier copago de hospitalización que se requiera.
- ² 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.
- ³ Debe tener una de las afecciones crónicas indicadas y participar en el programa de administración de casos. No todas las personas cumplen los requisitos.
- ⁴ Límite por mes. El saldo no se transfiere.
- 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.

La atención que necesita,
cuando la necesita:
eso es lo que le ofrece
Gold Kidney.



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.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Resumen de la comparación de planes

Honest Care & Essential Care de Arizona



H4869_PlanComparison_0823M