



**GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

**2024**

**Gold Kidney Health Plan**

Resumen de beneficios

**Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)**  
**Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)**

# Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024  
al 31 de diciembre de 2024

Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus y Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete son planes HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus y Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos a la línea gratuita 1 (844) 294-6535 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o acceda a ella en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

## ¿Este plan cubre los servicios de mis médicos y mis farmacias?

Consúltelo en nuestro directorio en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). También puede llamarnos. Podemos buscar a sus médicos y farmacias o enviarle un directorio por correo.

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.

Para inscribirse en el plan Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus o en el plan Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete, es necesario ser beneficiario de la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arizona: Gila, Maricopa, Pima y Pinal.

También debe padecer una insuficiencia renal terminal (ESRD) que requiera diálisis para inscribirse en nuestros planes Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus o Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete.

## ¿Este plan cubre mis medicamentos recetados?

Consúltelo en nuestra lista de medicamentos en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com). También puede llamarnos. Podemos buscar sus medicamentos o enviarle por correo nuestra lista de medicamentos cubiertos (vademécum).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual de "Medicare & You" (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 grande o audio, así como en español.

## Para más información



**LLÁMENOS A LA LÍNEA GRATUITA**  
1 (844) 294-6535 (TTY 711)



### **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)



**O VISÍTENOS EN**  
[www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com)

## Primas y beneficios

Para ver la lista completa de beneficios, consulte la *Evidencia de Cobertura* de Gold Kidney de Arizona Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP) y Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Prima mensual del plan (incluye cobertura médica y medicamentos)</b>	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Entre \$0 y \$37.80, según su nivel de "Ayuda adicional". Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Parte B con Reducción</b>	No se ofrece.	No se ofrece.
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene un deducible.	\$226 Este es el monto para Medicare en 2023. Los costos pueden cambiar para 2024. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en <a href="http://www.goldkidney.com">www.goldkidney.com</a> . Según su elegibilidad para Medicaid, es posible que pague \$0.
<b>Deducible para farmacia (Parte D)</b>	Este plan no tiene un deducible.	\$545 Según su nivel de "Ayuda adicional", este monto puede ser de \$0.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Gastos máximos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados de la Parte D)</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$2,700 Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.  Este es el monto máximo que pagará por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare, suministros y medicamentos cubiertos por 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 complementarios (odontológicos, audífonos) no se aplican a este monto.	<b>Dentro de la red:</b> \$8,850 Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.  Este es el monto máximo que pagará por copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare, suministros y medicamentos cubiertos por 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 complementarios (odontológicos, audífonos) no se aplican a este monto.
<b>Hospitalización</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Días 1 a 5 Copago de \$175 por día.  Días 6 a 90 Copago de \$0 por día.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Deducible de \$1,612 por período de beneficio.  Días 1 a 60 Copago de \$0 por día.  Días 61 a 90 Copago de \$400 por día.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$778 por cada "día de reserva vitalicio" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida).</li> <li>• 100% de todos los costos más allá de los días de reserva vitalicios.</li> </ul> Estos son los costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en <a href="http://www.goldkidney.com">www.goldkidney.com</a> .
<b>Atención hospitalaria ambulatoria, procedimientos o cirugía ambulatoria en un hospital ambulatorio</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> \$0 por colonoscopias diagnósticas. Copago de \$175 por día.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por visita.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$75 por visita.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20%.
<b>Visitas médicas</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Proveedor de atención primaria (PCP) Copago de \$0 por visita. Especialistas: Nefrólogo, cardiólogo, endocrinólogo y especialistas cardiovasculares Copago de \$0 por visita. Todos los demás médicos especialistas Copago de \$10 por visita.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Proveedor de atención primaria (PCP) Coseguro de 20% por visita. Todos los demás médicos especialistas Coseguro de 20% por visita.
<b>Cuidados preventivos (por ejemplo, pruebas de detección de cáncer, mamografía y próstata)</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0 por visita. Existen otros servicios preventivos de Medicare.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0 por visita. Existen otros servicios preventivos de Medicare.
<b>Examen físico anual</b> <i>Examen físico anual realizado por su PCP.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0 por una visita al año. Este servicio no está cubierto por Medicare Original.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0 por una visita al año. Este servicio no está cubierto por Medicare Original.
<b>Atención de emergencia</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$120 por visita. No tendrá que abonar el copago si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$95 por visita. No tendrá que abonar el copago si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas.
<b>Atención de urgencia</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$40 por visita.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$55 por visita.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Diálisis renal</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0 por visita.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por visita.
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imagen</b> <i>Se requiere derivación para acceder a estos servicios.</i> <i>Se requiere autorización previa para tomografías por emisión de positrones y servicios de radiología terapéutica.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Servicios de laboratorio Copago de \$0. Radiografías ambulatorias Copago de \$0. Servicios de radiología diagnóstica Copago de \$50. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Coseguro de 20%. Radiología terapéutica Coseguro de 20%.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Servicios de laboratorio Copago de \$0. Radiografías ambulatorias Coseguro de 20% Radiología diagnóstica Coseguro de 20% Pruebas y procedimientos de diagnóstico Coseguro de 20%. Radiología terapéutica Coseguro de 20%.
<b>Beneficio de cambio flexible para servicios odontológicos, auditivos y oftalmológicos</b> <i>Su nuevo beneficio ofrece una asignación trimestral combinada para los tres servicios.</i> <i>Ahora tiene libertad para elegir qué servicio, qué proveedor y cuánto gastar en cada beneficio cada trimestre.</i> <i>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.</i>	<b>Nuevo beneficio flexible combinado odontológico, auditivo y oftalmológico:</b> 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>Nuevo beneficio flexible combinado odontológico, auditivo y oftalmológico:</b> 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.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Servicios auditivos</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/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:</p> <p>Copago de \$0 por exámenes, ajuste y aparato(s) auditivo(s) a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de \$625 por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de \$2,500 para beneficios flexibles combinados.</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:</p> <p>Copago de \$0 por exámenes, ajuste y aparato(s) auditivo(s) a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de \$1,000 por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de \$4,000 para beneficios flexibles combinados.</p>
<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/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:</p> <p>Copago de \$0 por servicios odontológicos preventivos e integrales a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de \$625 por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de \$2,500 para beneficios flexibles combinados.</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:</p> <p>Copago de \$0 por servicios odontológicos preventivos e integrales a través de la asignación flexible.</p> <p>Asignación combinada de beneficios de \$1,000 por 3 meses.</p> <p>Máximo del plan de \$4,000 para beneficios flexibles combinados.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Revisión oftalmológica de rutina</b>  <i>Su beneficio flexible le permite acudir a cualquier proveedor para recibir el nivel de atención que desee.</i>  <i>Se aplican limitaciones a la asignación.</i></p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b>            Tiene flexibilidad para elegir en qué beneficio gastar su asignación en cualquier proveedor.            Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Usted es responsable de todos los costos que superen la asignación del plan.            Usted paga:            Copago de \$0 por servicios oftalmológicos a través de la asignación flexible.            Asignación combinada de beneficios de \$625 por 3 meses.            Máximo del plan de \$2,500 para beneficios flexibles combinados.</p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b>            Tiene flexibilidad para elegir en qué beneficio gastar su asignación en cualquier proveedor.            Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Usted es responsable de todos los costos que superen la asignación del plan.            Usted paga:            Copago de \$0 por servicios oftalmológicos a través de la asignación flexible.            Asignación combinada de beneficios de \$1,000 por 3 meses.            Máximo del plan de \$4,000 para beneficios flexibles combinados.</p>
<p><b>Servicios de salud mental con hospitalización</b>  <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b>            Usted paga lo siguiente por ingreso o por estadía:            Días 1 a 7            Copago de \$175 por admisión o estadía.            Días 8 a 90            Copago de \$0 por admisión o estadía.            Los costos compartidos se cobran al recibir el alta hospitalaria.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b>            Deducible de \$1,600 por período de beneficio.            Días 1 a 60            Copago de \$0 por día.            Días 61 a 100            Copago de \$400 por día.            • Copago de \$778 por cada "día de reserva vitalicio" 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 vitalicios.            Estos son los costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en <a href="http://www.goldkidney.com">www.goldkidney.com</a>.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Servicios de salud mental ambulatorios</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Atención de salud mental ambulatoria: sesiones individuales Copago de \$25.  Atención de salud mental ambulatoria: sesiones grupales Copago de \$10.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Atención de salud mental ambulatoria: sesiones individuales Coseguro de 20%.  Atención de salud mental ambulatoria: sesiones grupales Coseguro de 20%.
<b>Centros de enfermería calificada</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Días 1 a 20 Copago de \$0 por día.  Días 21 a 47 Copago de \$200 por día.  Días 48 a 100 Copago de \$0 por día.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Días 1 a 20 Copago de \$0 por día.  Días 21 a 100 Copago de \$200 por día.  Todos los costos para cada día después del día 100 del período de beneficio.  Estos son los costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. Gold Kidney actualizará esta información una vez que esté disponible en <a href="http://www.goldkidney.com">www.goldkidney.com</a> .
<b>Fisioterapia</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$10.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20%.
<b>Ambulancia</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Ambulancia terrestre Copago de \$200 por viaje.  Ambulancia aérea Coseguro de 20% por viaje.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Ambulancia terrestre Copago de 20% por viaje.  Ambulancia aérea Coseguro de 20% por viaje.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Transporte</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> Viajes a cualquier ubicación relacionada con la salud. Copago de \$0: viajes de ida ilimitados al año (distancia máxima de 50 millas).</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Viajes a cualquier ubicación relacionada con la salud. Copago de \$0: viajes de ida ilimitados al año (distancia máxima de 50 millas).</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Medicamentos de quimioterapia Coseguro de 20%. Otros medicamentos de la Parte B Coseguro de 20%.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Medicamentos de quimioterapia Coseguro de 20%. Otros medicamentos de la Parte B Coseguro de 20%.</p>
<p><b>Venta libre (OTC)</b> <i>Los productos incluyen suplementos nutricionales como Boost, Glucerna y Nepro.</i></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Asignación de \$25 al mes. Puede utilizar este beneficio más de una vez, hasta el límite mensual, pero los montos no utilizados no se acumulan. 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. El servicio de pedido por correo está disponible a través de un proveedor contratado por el plan.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Asignación de \$135 al mes. Puede utilizar este beneficio más de una vez, hasta el límite mensual, pero los montos no utilizados no se acumulan. 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. El servicio de pedido por correo está disponible a través de un proveedor contratado por el plan.</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias ambulatorios</b></p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$25 por sesiones individuales. Copago de \$15 por sesiones grupales.</p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por visita.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</b> <i>Un dispositivo móvil y un servicio de vigilancia para conectarlo con un centro de respuesta las 24 horas del día con solo pulsar un botón.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 por un dispositivo al año. Los servicios pueden requerir autorización previa.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 por un dispositivo al año. Los servicios pueden requerir autorización previa.</p>
<p><b>Podiatría</b></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> \$0 por servicios cubiertos por Medicare. La podiatría de rutina no está cubierta.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% para los servicios cubiertos por Medicare. Coseguro de 20% para un número ilimitado de servicios de podiatría de rutina.</p>
<p><b>Recompensas e incentivos preventivos</b> <i>Su nuevo beneficio le permite obtener recompensas adicionales por completar los servicios preventivos y participar en encuestas del plan.</i> <i>Los fondos de las recompensas no pueden utilizarse para compras de su elección en los proveedores participantes.</i></p>	<p>Gane hasta un total de \$300 por completar diversas 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>– Cuello uterino</li> </ul> </li> <li>• Encuestas del plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Encuesta de visitas al PCP</li> <li>– Encuesta simulada de CAHPS</li> </ul> </li> </ul>	<p>Gane hasta un total de \$300 por completar diversas 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>– Cuello uterino</li> </ul> </li> <li>• Encuestas del plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Encuesta de visitas al PCP</li> <li>– Encuesta simulada de CAHPS</li> </ul> </li> </ul>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<b>Acompañamiento</b>	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 por servicios de acompañamiento proporcionados por cuidadores personales no clínicos. Tareas domésticas ligeras, trabajos de jardinería ligeros, asistencia tecnológica hasta 60 horas. Los servicios pueden requerir derivación.	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 por servicios de acompañamiento proporcionados por cuidadores personales no clínicos. Tareas domésticas ligeras, trabajos de jardinería ligeros, asistencia tecnológica hasta 60 horas. Los servicios pueden requerir derivación.
<b>Servicios médicos en el hogar</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0.
<b>Línea telefónica de enfermería las 24 horas</b> <i>Personal de enfermería titulado está disponible por teléfono 24 horas al día, siete días a la semana, para atender preguntas o dudas médicas.</i>	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Utilice este beneficio para obtener asesoramiento de un proveedor médico cuando no esté seguro de dónde buscar asistencia o tenga preguntas sobre un incidente de salud urgente.	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Utilice este beneficio para obtener asesoramiento de un proveedor médico cuando no esté seguro de dónde buscar asistencia o tenga preguntas sobre un incidente de salud urgente.
<b>Comprobación de la medicación posterior al alta</b> <i>Visita a domicilio posterior a una hospitalización para revisar y cotejar todos los medicamentos.</i>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$0.
<b>Equipos médicos duraderos</b>	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por artículo. Se requiere autorización previa para equipos con un costo superior a \$500.	<b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por artículo. Se requiere autorización previa para equipos con un costo superior a \$500.

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para personas diabéticas</b></p> <p><i>Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Equipos para controlar su nivel de glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores.</i></li> <li>• <i>Para personas que padecen diabetes con enfermedad del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas plantillas que se proporcionan con los 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 a medida proporcionadas con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</i></li> <li>• <i>En ciertos casos, la capacitación para el automanejo de la diabetes tendrá cobertura.</i></li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por servicios y suministros de control de diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por calzado o plantillas terapéuticas para personas diabéticas.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b></p> <p>Copago de \$0 por capacitación para el automanejo de la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por servicios y suministros de control de diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por calzado o plantillas terapéuticas para personas diabéticas.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>No todos los afiliados cumplen los requisitos.</i></p> <p><i>Los afiliados que padezcan una o varias de las enfermedades crónicas que se indican a continuación pueden optar por estos beneficios complementarios adicionales.</i></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><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Alimentos saludables</b> Copago de \$0 por alimentos elegibles con un límite de asignación de \$75 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.</p> <p>Los servicios se adquieren con la tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <p>No todos los afiliados cumplen los requisitos.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Alimentos saludables</b> Copago de \$0 por alimentos elegibles con un límite de asignación de \$75 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.</p> <p>Los servicios se adquieren con la tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <p>No todos los afiliados cumplen los requisitos.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño</b></p> <p><i>Los afiliados tienen derecho a recibir asientos de inodoro elevados y soportes y elevadores de seguridad.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Disponible a través del proveedor OTC del plan.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Disponible a través del proveedor OTC del plan.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>
<p><b>Ejercicio</b></p> <p><i>Tiene acceso a instalaciones para ejercicio, que pueden incluir equipos, clases de ejercicio, piscinas y otros servicios disponibles. También dispone de equipos de ejercicio a domicilio y de recursos y ayudas en línea. Este beneficio es administrado por el programa Silver&amp;Fit de American Specialty Health.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0. Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>
<p><b>Telemedicina</b></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$25.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20%.</p>
<p><b>Comidas</b></p> <p><i>Los beneficios de comidas están a disposición de los afiliados inmediatamente después de una intervención quirúrgica o de una hospitalización. Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán hasta 2 comidas al día durante un máximo de 14 días. Los beneficios se pueden utilizar hasta 4 veces al año.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga \$0. Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga \$0. Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> No está cubierto.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$20 por visita para servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$20 por visita por 12 visitas para servicios quiroprácticos de rutina.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por visita para servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$20 por visita por 12 visitas para servicios quiroprácticos de rutina.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

PRIMAS Y BENEFICIOS	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)
<p><b>Acupuntura</b> Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para la lumbalgia crónica de Medicare. También están cubiertas 12 visitas de rutina adicionales al año.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$20 por visita para servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$20 por visita por 12 visitas al año para servicios de acupuntura de rutina.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Coseguro de 20% por visita para copago por servicios cubiertos por Medicare. Coseguro de 20% por visita por 12 visitas al año para servicios de acupuntura de rutina.</p>
<p><b>Cobertura internacional para viajes de emergencia</b> 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 todos los costos que superen el monto máximo del plan.</p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$120. Máximo del plan de \$75,000.</p>	<p><b>Dentro de la red/Fuera de la red/ Punto de servicio (POS):</b> Copago de \$120. Máximo del plan de \$75,000.</p>

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS CON RECETA	GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS PLUS (HMO-POS C-SNP)		GOLD KIDNEY DE ARIZONA DIALYSIS COMPLETE* (HMO-POS C-SNP)	
<b>Deducible</b>	\$0		\$545 Según su nivel de "Ayuda adicional", puede pagar \$0.	
	<b>Receta estándar minorista Suministro para 30 días</b>	<b>Pedidos por correo Suministro para 100 días</b>	<b>Receta estándar minorista Suministro para 30 días</b>	<b>Pedidos por correo Suministro para 100 días</b>
<b>Cobertura inicial Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	<b>Niveles 1 a 5:</b> 25% o entre \$0 y \$10.35 si recibe "Ayuda adicional". <b>Nivel 6:</b> 25% o entre \$0 y \$10.35 si recibe "Ayuda adicional".	
<b>Nivel 2: Genéricos Insulinas seleccionadas</b>	Usted paga \$5. Usted paga \$5.	Usted paga \$5. Usted paga \$5.		
<b>Nivel 3: Marca preferida Insulinas seleccionadas</b>	Usted paga \$40. Usted paga \$35.	Usted paga \$40. Usted paga \$35.		
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Usted paga \$100.	Usted paga \$250.		
<b>Nivel 5: Especiales</b>	Usted paga el 33%.	No disponible.		
<b>Nivel 6: Medicamentos seleccionados para el cuidado</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.		
<b>Interrupción de cobertura</b> <i>(después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$5,030)</i>	Durante esta fase pagará el mismo costo compartido por los medicamentos de los Niveles 1 y 6 (\$0), Nivel 2 (al por menor: \$5 para un suministro de 30 días; \$12 para un suministro de 100 días, pedido por correo: \$5 para un suministro de 100 días) y algunos medicamentos del Nivel 3 (al por menor: \$40 para un suministro de 30 días; \$100 para un suministro de 100 días, pedido por correo: \$40 para un suministro de 100 días). Los medicamentos del Nivel 3 cubiertos en esta fase se pueden encontrar con una "GC" bajo "Requisitos/ Límites" en la lista de medicamentos del Formulario. No pagará más del 25% del costo de los demás medicamentos.		No hay interrupción de la cobertura.	
<b>Cobertura catastrófica</b> <i>(después de que usted u otras personas en su nombre paguen \$8,000)</i> <b>Medicamentos genéricos Medicamentos de marca</b>	Usted paga \$0.		Usted paga \$0.	
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina</b>	Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.		Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.	
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas</b>	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.			

**\*Sus costos médicos compartidos de Gold Kidney de Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser más bajos si recibe todos los beneficios de Medicaid.**

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

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

# 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)  
Fax: 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 Italiano vi 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 dejó en blanco intencionalmente.**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

