



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2025

Guía de inscripción

Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)

Para residentes de los siguientes condados de Arizona: Cochise, Coconino, Gila, Graham, Maricopa, Navajo, Pima y Pinal

Gold Kidney Health Plan: Su socio para una mejor salud

Gracias por considerar un plan de salud de Gold Kidney. Estamos seguros de que encontrará que nuestros planes Medicare Advantage están diseñados para satisfacer sus necesidades únicas de atención médica. Nuestro objetivo es simplificar la atención médica y mantenerles a usted y a sus médicos en el centro de sus decisiones sobre su salud. Gold Kidney está aquí para simplificar su vida y apoyar su salud.

Ofrecemos planes que le ayudan a vivir mejor adaptándonos a sus necesidades de atención médica en cada etapa de su recorrido hacia una mejor salud. Nuestros planes estándar de Medicare Advantage le permiten aprovechar más su cobertura de Medicare. Nuestros Planes de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP, en inglés) tienen beneficios diseñados especialmente para personas con diabetes, problemas cardíacos y cardiovasculares o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés).

Disfrute más, pague menos. Los planes de Gold Kidney ofrecen numerosos beneficios que alivian los costos elevados de copagos y otros gastos de bolsillo. Además, le brindan acceso a una amplia red de médicos, especialistas y hospitales, con la comodidad de no requerir referencias y muy pocas autorizaciones previas.

Beneficios adicionales a Medicare que satisfacen sus necesidades. Nuestros beneficios complementarios incluyen una variedad de opciones útiles que le ayudan a vivir mejor. Desde asignaciones flexibles para atención dental, de la audición y de la vista, hasta programas de bienestar y acondicionamiento físico, así como comidas saludables y compañía cuando lo necesite. No somos solo un plan de salud; somos sus aliados en el bienestar.

¿Listo para experimentar la diferencia? Obtenga más información sobre cómo Gold Kidney puede mejorar su vida y ayudarlo a obtener la mejor atención y apoyo posibles. ¡Inscríbase hoy y comience su recorrido hacia una mejor salud!



Dave Firdaus
Gerente General (CEO)
Gold Kidney Health Plan

Tabla de contenidos

Gold Kidney Health Plan 02

Gold Kidney le pone en el centro de su recorrido hacia una mejor salud 03

Haga de la prevención una prioridad 04

Beneficios complementarios especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas 05

Programa Thrive Smartphone* 06

Servicios para usted 07

¿Qué plan es el adecuado para usted? 08

¿Cómo inscribirse? 09

¿Qué sucede luego? 10

Formularios y documentos importantes 12

Gold Kidney Health Plan

Nuestra historia comenzó al asociarnos con médicos y personas elegibles para Medicare que enfrentaban dificultades para manejar sus condiciones de salud crónicas. A menudo, estos pacientes deben afrontar copagos elevados por tratamientos necesarios para cuidar su salud, lo que puede limitar sus opciones de atención y dificultar el acceso a medicamentos. Pero, en Gold Kidney, estamos cambiando eso.

Nuestros C-SNP de Medicare Advantage están diseñados pensando en la salud de nuestros miembros. Ofrecemos costos muy bajos o incluso gratuitos para los tratamientos necesarios para manejar afecciones crónicas, lo que reduce los gastos de bolsillo y facilita el acceso a una atención de calidad.

Los planes C-SNP de Gold Kidney están diseñados específicamente para pacientes con ESRD o con diabetes, trastornos cardiovasculares e insuficiencia cardíaca crónica (CHF, en inglés), que pueden provocar la pérdida de la función renal y, eventualmente, avanzar a ESRD. Nuestro objetivo es frenar el avance de estas enfermedades y mejorar la salud y el bienestar de nuestros miembros.

Gold Kidney es más que un simple plan de salud. Somos sus aliados en su recorrido hacia una mejor salud.

Como miembro de un plan C-SNP de Gold Kidney, tendrá acceso a un equipo de atención exclusivo que incluye:

- Un proveedor de atención primaria
- Especialistas en su afección crónica (nefrólogo, endocrinólogo, cardiólogo)
- Un administrador de cuidados de enfermería
- Un farmacéutico

Su atención está personalizada para usted. Este equipo trabaja para desarrollar un plan adaptado a sus necesidades y preferencias específicas. También tendrá acceso a lo siguiente:

- Servicios de telesalud
- Programa Thrive Mobile® Smartphone
- Programas de educación de la salud
- ¡Y mucho más!



Gold Kidney le pone en el centro de su recorrido hacia una mejor salud

Nuestra misión es mejorar la vida de nuestros miembros a través del acceso a **atención médica asequible y de alta calidad**. Algunos de los beneficios que ofrecemos incluyen:

- \$0 de primas mensuales
- Smartphone 4G con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados*
- Asignaciones para combustible y viajes compartidos*
- Asignaciones para alimentos y productos saludables*
- Asignaciones para servicios de terapias alternativas de un “curandero” de una tribu nativa americana o indígena

Los beneficios pueden variar según el plan. Consulte el Resumen de Beneficios de su plan incluido en este folleto para obtener más detalles.



Haga de la prevención una prioridad

Gane recompensas saludables

Le facilitamos mantenerse saludable con Gold Kidney Rewards & Incentives. Como miembro, usted es elegible para ganar recompensas por completar actividades saludables. Puede ganar recompensas si realiza lo siguiente:

- Completar y enviar su Evaluación de Riesgos de Salud dentro de los 90 días posteriores a la inscripción
- Visitar a su médico para su consulta de bienestar anual
- Vacunarse contra la gripe o COVID
- Hacerse una mamografía o una prueba de detección de cáncer colorrectal
- Completar una visita de conciliación de medicamentos con su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) dentro de los 14 días posteriores a un alta hospitalaria
- Inscribirse en el portal para miembros de Gold Kidney
- Participar en encuestas periódicas a través del portal para miembros

Las recompensas se agregan a su tarjeta Alivi® Gold Kidney Prepaid Visa® que puede usar para artículos de venta libre (OTC, en inglés) adicionales, alimentos y productos saludables y más para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Confíe en sus aliados para la atención médica

En Gold Kidney, eliminamos la dificultad de obtener la atención médica que necesita. Como miembro de un plan C-SNP, usted cuenta con un equipo de profesionales de la salud que le ayudarán según sus necesidades y preferencias únicas. Ya sea que necesite ayuda para coordinar citas, encontrar un especialista en su área o planificar una cirugía, su equipo de atención está a su lado. Su equipo está integrado por:

- Su proveedor de atención primaria y especialistas
- Un administrador de cuidados de enfermería
- Un farmacéutico
- Un coordinador de cuidados de la salud
- Servicios para Miembros

Con Gold Kidney, tendrá la tranquilidad de saber que tiene un socio de confianza en su recorrido hacia una mejor salud.



Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas

Si tiene una o más afecciones crónicas complejas que afectan su vida diaria y su salud, es posible que necesite más atención y apoyo de lo que cubre Medicare Original. Es por eso que Gold Kidney Health Plan ofrece Beneficios Complementarios para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, en inglés) para los miembros de Medicare Advantage C-SNP que cumplen con ciertos criterios.

Estos beneficios proporcionan servicios y recursos adicionales para ayudarle a manejar su condición médica y mejorar su calidad de vida. Para reunir los requisitos, debe tener al menos una de las siguientes condiciones cubiertas por Gold Kidney Health Plan:

- Trastorno cardiovascular
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

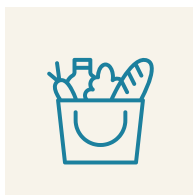
Tenga en cuenta que es posible que un miembro con una o más de las afecciones crónicas enumeradas no reciba necesariamente el beneficio. Para calificar, el miembro debe tener al menos una afección crónica calificada de las mencionadas anteriormente y participar en la administración de casos. No todos los miembros calificarán.

Los miembros de Gold Kidney elegibles para SSBCI reciben beneficios adicionales que incluyen:



PROGRAMA THRIVE MOBILE

Manténgase conectado con el programa Thrive Mobile Smartphone que ofrece Gold Kidney. El teléfono incluye un plan ilimitado de llamadas, mensajes de texto y datos celulares 4G, y está precargado con el Portal para miembros de Gold Kidney y aplicaciones de salud para facilitarle el acceso a la atención médica.



ASIGNACIÓN PARA ALIMENTOS Y PRODUCTOS SALUDABLES*

Comer mejor es más fácil con una asignación mensual para alimentos y productos saludables de proveedores participantes. La asignación también se puede usar para comidas preparadas entregadas a domicilio.



ASIGNACIÓN PARA COMBUSTIBLE Y VIAJES COMPARTIDOS*

Alivie la carga de los costos de transporte con una asignación mensual para compras de combustible y servicios de viajes compartidos de los proveedores participantes.

*Las compras deben realizarse con la tarjeta Alivi Gold Kidney Prepaid Visa®.

Programa Thrive Smartphone*

Los miembros de un plan C-SNP de Gold Kidney con condiciones médicas calificadas son elegibles para un beneficio único de Medicare Advantage. El programa Thrive Smartphone 4G de Gold Kidney le ayudará a mantenerse conectado y facilitará el acceso a la atención médica.

Thrive Mobile® es nuestro socio de confianza para servicios y dispositivos móviles con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados sin ningún costo adicional para usted. Su teléfono inteligente premium le ayuda a mantenerse en contacto con sus médicos y su equipo de atención y hace que sea más fácil acceder a información útil sobre su cobertura y beneficios.

Después de un simple proceso de inscripción a través del equipo de Thrive Assistant, recibirá el teléfono con recursos de Gold Kidney precargados para acceso con un solo toque. El teléfono utiliza la red celular de T-Mobile que ofrece cobertura al 99 % de los estadounidenses, incluidos nuestros miembros en Arizona y Florida.



¿Listo para inscribirse en nuestro programa Thrive Smartphone? Es tan fácil como contar hasta tres.



PASO 1



Llame a Servicios para Miembros de Gold Kidney al (844) 294-6535 para determinar su elegibilidad

PASO 2



Complete su proceso de inscripción de 10 minutos en Thrive Mobile con un miembro del equipo de Thrive Assistant

PASO 3



Desempaque su teléfono y comience a usarlo para acceder a los beneficios y socios de Gold Kidney

No todos los miembros de C-SNP Medicare Advantage calificarán

Servicios para usted

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es un nuevo programa que ayudará a las personas con cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) que enfrentan altos gastos de bolsillo. Los miembros pueden distribuir sus costos de medicamentos en forma de pagos mensuales a lo largo del año del plan.

Cualquier persona que tenga la Parte D es elegible para usar el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información y optar por el programa, consulte el formulario de inscripción adjunto a este folleto.

Apoyo y servicios personalizados

Nos enorgullece acompañar a nuestros miembros en su recorrido hacia una mejor salud. Además de ofrecer un apoyo excepcional a todos nuestros miembros, los inscritos en un plan Medicare Advantage Gold Kidney C-SNP disfrutan de acceso exclusivo a nuestro servicio de conserjería para miembros. Nuestros defensores de miembros están disponibles para responder sus preguntas sobre beneficios, ayudarle a coordinar su atención cuando lo necesite y mucho más.

Es otro beneficio en el que puede confiar al elegir a Gold Kidney, que establece el estándar de atención de calidad.

Portal para miembros de Gold Kidney

Nuestros miembros pueden ver fácilmente la información de su plan y beneficios en un solo lugar. El portal en línea para miembros y la aplicación móvil permiten a los miembros rastrear el estado de sus reclamaciones y sus gastos de bolsillo, acceder rápidamente a su administrador de beneficios de farmacia con un solo inicio de sesión, utilizar su tarjeta de identificación digital y mucho más.



¿Qué plan es el adecuado para usted?

Ofrecemos seis planes de salud Medicare Advantage para afecciones crónicas en su condado.

Gold Heart & Diabetes
(HMO-POS C-SNP) H4869-001 /
H4869-011

Para personas elegibles para Medicare con trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes.

Gold Circle Heart & Diabetes
(HMO-POS C-SNP) H4869-010

Para personas con problemas cardíacos y diabetes que tienen acceso a otras formas de cobertura pero desean un plan tradicional de Medicare más beneficios adicionales.

Gold Heart & Diabetes Complete
(HMO-POS C-SNP) H4869-002

Para personas elegibles para Medicare y Medicaid con trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes.

Gold Dialysis
(HMO-POS C-SNP) H4869-003 /
H4869-013

Para personas elegibles para Medicare con ESRD, que generalmente requieren diálisis.

Gold Circle Dialysis
(HMO-POS C-SNP) H4869-012

Para personas elegibles para Medicare que están en tratamiento de diálisis y tienen acceso a otras formas de cobertura.

Gold Dialysis Complete
(HMO-POS C-SNP) H4869-004

Para personas elegibles para Medicare y Medicaid con ESRD, que generalmente requieren diálisis.



¿Cómo inscribirse?

Es simple. Usted puede elegir...



COMPLETAR SU SOLICITUD EN LÍNEA

- Visite goldkidney.com/how-to-enroll, haga clic en “Inscríbese en línea” y seleccione “Inscríbete ahora”
- Complete los datos del solicitante
- Complete su formulario de elegibilidad de inscripción de Medicare Advantage
- Elija un proveedor de atención primaria
- Proporcione su dirección de correo electrónico para recibir actualizaciones y notificaciones (puede optar por dejar de participar en cualquier momento)



INSCRIBIRSE POR TELÉFONO

Si desea inscribirse por teléfono, uno de nuestros agentes autorizados le ayudará. Simplemente, llámenos al (888) 376-6188 (TTY 711). Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos).



PROGRAMAR UNA CITA EN PERSONA

Si prefiere un trato presencial, podemos programar una cita con uno de nuestros agentes certificados. Llámenos al (888) 376-6188 (TTY 711). Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos).



ENVIAR SU FORMULARIO POR CORREO O FAX

- Complete la herramienta de evaluación de precalificación y el formulario de inscripción adjuntos, y envíelos en el sobre con dirección que se adjunta. O bien, para usar su propio sobre, puede enviarnos sus formularios completados a:

Gold Kidney Health Plan
Attn: Sales Operations
P.O. Box 285
Portsmouth, New Hampshire 03802

- Puede enviar sus documentos completos por fax al (866) 370-0078.

¿Qué sucede luego?

Una vez que Gold Kidney reciba su formulario, comenzaremos a procesar su inscripción en el plan Medicare Advantage que haya seleccionado.

✓ Acuse de recibo

Una vez que recibamos su solicitud de inscripción, Gold Kidney le enviará una carta de confirmación de recepción que detalla los próximos pasos y cómo comunicarse con nosotros si tiene preguntas.

✓ Confirmación

Dentro de los 10 días posteriores a la inscripción, recibirá una carta de confirmación de la inscripción. Esta carta también servirá como confirmación de que Medicare ha aprobado su inscripción.

✓ Aviso de verificación de inscripción

Dentro de los 15 días posteriores a la inscripción, recibirá una notificación por correo postal o por teléfono. Esto es para confirmar su inscripción y asegurarnos de que se le hayan explicado el plan Medicare Advantage de manera clara y detallada. También es para confirmar su intención de inscribirse en el plan. Esto se denomina “Requisitos de inscripción y verificación externa”.

✓ Tarjeta de identificación de miembro

Una vez que el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) confirme su inscripción, Gold Kidney le enviará por correo postal una tarjeta de identificación de miembro. Lleve su nueva tarjeta de identificación de miembro de Gold Kidney Health Plan a todas sus visitas al médico, al hospital y a la farmacia.

✓ Bienvenido a su nuevo plan de salud

Recibirá un sobre con documentos importantes del plan. El sobre incluirá información sobre cómo acceder o solicitar su Evidencia de Cobertura y los directorios de proveedores y farmacias en línea o por correo.

✓ “Ayuda Adicional” (Extra Help)

Si es elegible para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) del estado para los costos de sus medicamentos recetados, 10 recibirá una carta de Subsidio de Bajos Ingresos (LIS, en inglés) dentro de los 10 días posteriores a la inscripción verificada.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Formulario de alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas individual para asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

En el espacio a continuación, escriba sus iniciales junto a los productos sobre los que desea hablar con el agente.

(Consulte la página 2 para ver las descripciones de los tipos de productos.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planes de Medicamentos con Receta de Medicare Independientes | <input type="checkbox"/> Productos de servicios de odontología/visión/audición |
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos | <input type="checkbox"/> Productos Complementarios de Medicare (Medigap) |

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos señalados anteriormente con sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona con quien hablará sobre estos productos está empleada o contratada por un plan Medicare. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que esta persona reciba un pago si usted se inscribe en un plan. Su firma en este formulario **NO** le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura, ni le inscribe en un plan Medicare.

Firma y fecha de la firma del beneficiario o representante autorizado:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre a continuación:

Nombre del representante:

Su relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método inicial de contacto: *(Indique aquí si el beneficiario se presentó sin cita previa)*

Firma del agente:

Planes que el agente explicó durante esta reunión:

Fecha de finalización de la cita:

Para uso exclusivo del plan

Agente: si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, proporcione una explicación de por qué el alcance de la cita (SOA, en inglés) no fue documentado antes de la reunión:

Planes de Medicamentos con Receta de Medicare Independientes (Parte D)

Plan de Medicamentos con Receta (PDP, en inglés) de Medicare: Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.

Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y en ocasiones, ofrece cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y en ocasiones, ofrece cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO cuentan con una red de médicos y hospitales dentro de la red, pero el beneficiario también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente con un costo más alto.

Plan Privado de Cargo por Servicio (PFFS, en inglés) de Medicare: Un plan Medicare Advantage en el cual puede ir a cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte los términos y condiciones de pago del plan, y acepte ofrecerle servicios. No todos los proveedores lo aceptarán. Si se inscribe en un Plan PFFS que tiene una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores de la red que hayan acordado prestar servicio siempre a los miembros del plan. Normalmente, pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.

Plan de Punto de Servicio (POS, en inglés) de Medicare: Un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional, que combina las mejores características de una HMO con un mismo beneficio de costo compartido fuera de la red. Al igual que la HMO, los miembros deben designar a un médico como su proveedor de atención primaria.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Algunos ejemplos de grupos específicos que reciben estos servicios incluyen personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas con ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, en inglés) de Medicare: Los planes MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. El beneficiario puede usar ese dinero para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar el monto de deducible.

Plan de Costos de Medicare: En un Plan de Costos de Medicare, usted puede consultar a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si usted recibe servicios fuera de la red del plan, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán conforme a Medicare Original, pero usted será responsable por el coseguro y los deducibles de Medicare.

Plan Medicare-Medicaid (MMP, en inglés): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para proporcionar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para beneficiarios de Medicare con doble elegibilidad.

Productos de servicios de odontología/visión/audiación

Planes que ofrecen beneficios adicionales para quienes buscan cubrir sus necesidades de atención dental, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos de Salud Complementarios

Planes que ofrecen beneficios adicionales, pagaderos a los consumidores según su uso médico; a veces utilizados para cubrir copagos o coseguro. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Productos complementarios de Medicare (Medigap)

Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir los “vacíos” en la cobertura de Medicare Original. Una póliza Medigap generalmente paga algunos o todos los montos de deducibles y coseguros aplicables a los servicios cubiertos por Medicare y, en ocasiones, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención fuera del país. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2025

Gold Kidney Health Plan

Resumen de Beneficios

**Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis
(HMO-POS C-SNP)**

Resumen de Beneficios 2025

Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)

Este es un resumen de la cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare para Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP).

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) es un plan de Medicare Advantage HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los 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, llame al 1-844-294-6535 (TTY: 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o acceda a ella en línea en www.goldkidney.com.

Para inscribirse en el plan Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Gila, Maricopa, Pima, Pinal, Cochise, Coconino, Graham y Navajo.

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

Puede consultar nuestro directorio en línea en www.goldkidney.com o llamarnos por teléfono. Podemos buscar sus médicos y farmacias o enviarle un directorio por correo.

Gold Kidney le ofrece el valor que aporta nuestro sistema integrado de médicos, hospitales y planes de salud, todos trabajando juntos para mantenerle sano. Con nuestros planes HMO-POS, disfrutará de más beneficios que con Medicare Original (Parte A y Parte B) y de muchos servicios a un costo bajo o sin costo para usted. Nuestros planes HMO-POS le permiten acudir a proveedores fuera de la red con el mismo copago que paga por los proveedores de la red. Si bien pagamos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderle.

¿Este plan cubre mis medicamentos recetados?

Puede consultar nuestra lista de medicamentos en línea en www.goldkidney.com o llamarnos por teléfono. Podemos buscar sus medicamentos o enviarle por correo la lista de medicamentos cubiertos según su plan (formulario).

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento de Resumen de Beneficios está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio, así como en español.

Para obtener más información:

- **LLÁMENOS AL**
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 los días
festivos)

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)
- **VISITE NUESTRO SITIO WEB EN**
www.goldkidney.com

Primas y beneficios

A continuación encontrará una breve lista de los beneficios y los costos compartidos de nuestro plan. Para obtener una lista completa, consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.goldkidney.com.

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
Prima mensual del plan (incluye atención médica y medicamentos)	Usted paga \$0 cada mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga \$240 por los beneficios médicos. Éste es el importe correspondiente a 2024 y puede cambiar para 2025. Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) proporcionará un monto actualizado tan pronto como se publique. Usted paga \$590 por los beneficios de la Parte D.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados de la Parte D)	Usted no paga más de \$9,350 al año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos dentro de la red durante el año.

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p>	<p>Para hospitalizaciones dentro de la red, usted paga: Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficio. Días 61 a 90: \$408 de copago por día de cada período de beneficio. A partir del día 91: \$816 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida). Después de los días de reserva vitalicios: todos los costos Estos son montos de costos compartidos que corresponden a 2024 y podrían cambiar para el año 2025. Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) informará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como se publiquen.</p> <p>Para hospitalizaciones fuera de la red, usted paga: Deducible combinado de \$1,712 para hospitalizaciones agudas y hospitalizaciones psiquiátricas para pacientes internados. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficio. Días 61 a 90: \$408 de copago por día de cada período de beneficio. A partir del día 91: \$816 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 para cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida). Después de los días de reserva vitalicios: todos los costos Estos son montos de costos compartidos que corresponden a 2024 y podrían cambiar para el año 2025. Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) informará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como se publiquen.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Por los servicios en un hospital para pacientes ambulatorios dentro de la red, usted paga 20% de coseguro por visita. Por los servicios en un hospital para pacientes ambulatorios fuera de la red, usted paga 20% de coseguro por visita.</p>
<p>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC, en inglés)</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
<p>Visitas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
<p>Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)</p>	<p>Usted no paga nada dentro de la red. Usted paga \$0 de copago fuera de la red.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro, hasta un máximo de \$110 por visita. Se lo exime del costo compartido para la sala de emergencia (ER, en inglés) si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro, hasta un máximo de \$45 por visita.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes/ radiología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Resonancias magnéticas (MRI, en inglés), tomografías computarizadas (CAT, en inglés) • Radiografías 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología terapéutica 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo cubierto por Medicare 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
<p>Servicios de odontología</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare Servicios de asistencia para trasplantes 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Se ofrecerá cobertura adicional para los candidatos a trasplante de riñón que necesiten atención odontológica adicional para ser elegibles para el trasplante.</p>
<p>Servicios de oftalmología</p> <ul style="list-style-type: none"> Beneficios cubiertos por Medicare 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para un examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia ambulatoria con un psiquiatra 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para sesiones individuales. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para sesiones grupales. Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ambulatoria con un profesional de la salud mental (no psiquiatra) 	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para sesiones individuales.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para sesiones grupales.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)</p>	<p>No se requiere hospitalización antes del ingreso.</p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF dentro de la red, usted paga:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 de copago por cada período de beneficio.</p> <p>Días 21 a 100: \$204 de copago por día de cada período de beneficio.</p> <p>A partir del día 101: todos los costos</p> <p>Estos son montos de costos compartidos que corresponden a 2024 y podrían cambiar para el año 2025.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) informará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como se publiquen.</p> <p>Para hospitalizaciones fuera de la red, usted paga:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 de copago por cada período de beneficio.</p> <p>Días 21 a 100: \$204 de copago por día de cada período de beneficio.</p> <p>A partir del día 101: todos los costos</p> <p>Estos son montos de costos compartidos que corresponden a 2024 y podrían cambiar para el año 2025.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) informará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como se publiquen.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)
Ambulancia	<p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro dentro de la red para servicios de ambulancia aérea.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro fuera de la red.</p>
Transporte	No cubierto.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga \$35 de copago dentro de la red para los medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago como máximo fuera de la red.</p> <p>Usted paga del 0% al 20% de coseguro dentro de la red para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga del 0% al 20% de coseguro fuera de la red.</p> <p>Usted paga del 0% al 20% de coseguro dentro de la red para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga del 0% al 20% de coseguro fuera de la red.</p>

Medicamentos recetados

A continuación encontrará un resumen de la cobertura de medicamentos recetados y el costo compartido de nuestro plan. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.goldkidney.com.

Etapa de deducible
<p>Usted paga \$590. Debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar este monto.</p>

Etapa de cobertura inicial (suministro de un mes)

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, luego pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

Costo compartido para el suministro de un mes	Medicamentos recetados en farmacias minoristas estándar: suministro para 30 días	Medicamentos recetados de cuidado a largo plazo: suministro para 31 días	Medicamentos recetados fuera de la red: suministro para 30 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>Medicamentos insulínicos</i>	Lo que sea menor entre el 25% de coseguro o \$35 de copago		

Etapa de cobertura inicial (suministro a largo plazo)

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, luego pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

Costo compartido para un suministro a largo plazo	Medicamentos recetados en farmacias minoristas estándar: suministro para 100 días	Medicamentos recetados de envío por correo: suministro para 100 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>Medicamentos insulínicos</i>	Lo que sea menor entre el 25% de coseguro o \$105 de copago	

Etapa de cobertura catastrófica

Usted entrará en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D.

Beneficios adicionales

Este plan ofrece beneficios adicionales. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.goldkidney.com.

Beneficios adicionales	
Beneficio de terapias alternativas	Incluye los servicios de un curandero (hombre o mujer) de una tribu nativa americana o indígena que se cree que tiene la capacidad de curar dolencias físicas y mentales. El beneficio incluye una tarjeta de débito por el monto de \$50 por trimestre por los servicios.
Servicios de diálisis	20% de coseguro dentro y fuera de la red para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
Beneficio de comidas	Usted paga \$0 de copago por comida de un proveedor participante del plan. Inmediatamente después una cirugía o de una hospitalización, recibirá 2 comidas por día durante 14 días. Este beneficio se puede utilizar hasta 4 veces por año.

Beneficios adicionales

Recompensas e incentivos preventivos

Su beneficio le permite ganar recompensas adicionales por completar los servicios preventivos y participar en las encuestas del plan.

Los fondos de las recompensas se pueden usar para comprar productos en proveedores participantes.

Gane hasta un total de \$300 por completar distintas actividades preventivas y encuestas del plan.

Actividades para completar:

- Registro en el Portal para Miembros
- Evaluación de riesgos de salud
- Visita anual de bienestar
- Vacuna contra la gripe/covid
- Examen de la vista en pacientes diabéticos
- Evaluación del riesgo de caídas
- Evaluación del control de la vejiga
- 2 pruebas de HbA1c
- Conciliación de medicamentos dentro de los 14 días posteriores al alta tras una hospitalización
- Visita al proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) dentro de los 7 días posteriores a una visita a la ER
- Pruebas de detección de cáncer:
 - Colon
 - Próstata
 - Cuello uterino
 - Mamografía
- Encuestas del plan:
 - Encuesta de visitas al PCP
 - Encuesta Evaluación del Consumidor sobre los Proveedores y Sistemas de Atención Médica (CAHPS, en inglés) simulada

Beneficios adicionales

Beneficios Complementarios para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, en inglés)

Estos beneficios están disponibles para solo miembros elegibles con enfermedades crónicas cuando se haya determinado que el beneficio específico cumple con las expectativas razonables para mejorar la salud o el funcionamiento general del miembro. Los miembros deben tener una enfermedad crónica y participar en los programas de administración de casos del plan para recibir estos beneficios.

Asignación para alimentos y productos saludables: Una asignación mensual de \$100 que se utilizará para la compra de alimentos y productos saludables o comidas preparadas en los comercios participantes del plan. La asignación no utilizada no se acumulará para el siguiente mes.

El beneficio incluye una tarjeta de pago del plan que se puede usar para comprar artículos tales como productos frescos, alimentos congelados y productos enlatados (entre otros) de los proveedores participantes del plan. No se permiten las compras de tabaco y alcohol.

Asignación de combustible/transporte compartido para transporte que no sea de emergencia: Una asignación mensual de \$100 que se utilizará para la compra de combustible en las estaciones de servicio y para viajes compartidos de un proveedor participante del plan. La asignación no utilizada no se acumulará para el siguiente mes.

Teléfonos inteligentes y plan de datos móviles: A los miembros se les proporciona un dispositivo telefónico inteligente y un plan de datos móviles de un proveedor contratado.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1 (844) 294-6535 (TTY 711) y hablar con un representante de Servicio al Cliente.

HORARIO DE ATENCIÓN

Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días festivos)

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

Información sobre sus beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) contiene una lista completa de toda la cobertura y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite Goldkidney.com o llame al **1 (844) 294-6535 (TTY 711)** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que visita ahora están en la red. Si no están en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual:** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.
- Parte B de Medicare:** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele deducirse de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Plan de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP):** Este plan es un plan de necesidades especiales para pacientes con enfermedades crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés). Su elegibilidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante que califique.
- HMO-POS:** Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagamos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderle. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



VEAMOS SI PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN AHORA MISMO

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.

- Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare (cumpliré 65 años en los próximos 3 meses o alcanzaré el mes número 24 de discapacidad).
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (indicar fecha) _____.
- Recientemente, fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (indicar fecha) _____.
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indicar fecha) _____.
- Recientemente, obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Adquirí esta condición el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo), vivo en dicho centro o recientemente me mudé de éste a otro lugar. Me mudé/me mudaré a/del centro el (insertar fecha) _____.
- Recientemente, dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el (indicar fecha) _____.
- Recientemente, perdí de forma involuntaria mi cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indicar fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (indicar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el día (insertar fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la cualificación para necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (indicar fecha) _____.
- Me he visto afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)). Uno de los otros enunciados se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Gold Kidney Health Plan al (888) 376-6188 (TTY 711) para saber si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los feriados).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Herramienta de Evaluación de Calificación de Previa a la Inscripción para los Planes Gold Kidney Dialysis

IMPORTANTE: Complete esta sección SI se inscribe en un Plan de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (HMO-POS C-SNP, en inglés)

Gold Kidney Health Plan ofrece Planes de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP, en inglés) para personas con ciertas afecciones crónicas. Para inscribirse en este plan, Medicare requiere que Gold Kidney Health Plan verifique su afección crónica. Se trata de un proceso de dos pasos:

Paso uno

Complete el formulario y envíelo con toda la información requerida. Si puede responder “sí” a al menos una de las preguntas sobre afecciones crónicas, puede precalificar para inscribirse en un C-SNP de Gold Kidney Health Plan.

Paso dos

Esta información se usará para verificar su afección crónica dentro de los dos meses de su inscripción. Medicare requiere que Gold Kidney Health Plan verifique su afección crónica como parte del proceso de inscripción. Es importante que nos proporcione la información de contacto de un médico o clínica que pueda verificar su condición médica.

Nota: Si no podemos verificar su afección crónica, debemos cancelar su inscripción en el plan C-SNP al finalizar su segundo mes de inscripción.

Información del solicitante

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (___/___/_____)	Número de Medicare: _____ - _____ - _____	
Teléfono: (____) _____ - _____	Número de teléfono alternativo (móvil): (____) _____ - _____	

Calificación para los planes Gold Kidney Dialysis

Debe responder "sí" a al menos una de las siguientes preguntas sobre diálisis para calificar para un plan Gold Kidney Dialysis

¿Recibe actualmente tratamiento de diálisis programada con regularidad? Sí No
(A domicilio o en un centro médico)

¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés)/enfermedad del riñón en etapa terminal (ESKD, en inglés)? Sí No

¿Toma alguno de los siguientes tipos de medicamentos?

Presión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diabetes (enfermedad del azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anticoagulantes sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Indique los médicos, clínicas u otros proveedores de atención médica que puedan verificar sus respuestas afirmativas ("sí")

Nombre del nefrólogo principal (obligatorio)	Teléfono (____) _____ - _____	Ciudad
--	----------------------------------	--------

Proveedor 1 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
---------------------------------	--------------	--------

Teléfono (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____
----------------------------------	-----------------------------

Proveedor 2 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
---------------------------------	--------------	--------

Teléfono (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____
----------------------------------	-----------------------------

Divulgación de información

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y el uso de información de identificación personal, como se establece a continuación, de conformidad con la Ley Federal sobre la privacidad de dicha información.

Por el presente, autorizo y solicito a Gold Kidney que confirme mis afecciones crónicas y obtenga mis registros médicos hasta que finalice mi inscripción en Gold Kidney Health Plan. **(La casilla debe estar marcada para las solicitudes de C-SNP)**

Nombre del solicitante (en letra de imprenta):	Fecha:
--	--------

Firma del solicitante/representante autorizado:

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL
EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)****¿Quién puede usar este formulario?**

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o ser residente legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar toda la información de la Sección 1. La información de la Sección 2 es opcional; no se le puede denegar la cobertura si no la completa.

Recordatorios:

- Si usted desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Gold Kidney Health Plan Attn: Enrollment
P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802

O, envíelo por fax al (866) 370-0078.

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario

Llame a Gold Kidney Health Plan al 844-294-6535. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Gold Kidney Health Plan al 844-294-6535/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente una casilla postal (P.O. Box), la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites e 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros, médicos etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés). Cualquier documento que recibamos y que no esté relacionado con como mejorar este formulario o la recopilación de información (según lo descrito en in OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

Condados: Gila, Maricopa, Pima, Pinal

Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP) H4869-001
\$0 por mes

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) H4869-002
\$10.90 por mes
\$0 de prima con Medicaid completo

Gold Dialysis (HMO-POS C-SNP) H4869-003
\$0 por mes

Gold Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) H4869-004
\$30.10 por mes
\$0 de prima con Medicaid completo

Gold Circle Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP) H4869-010
\$0 por mes

Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) H4869-012
\$0 por mes

Condados: Cochise, Coconino, Graham, Navajo

Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP) H4869-011
\$0 por mes

Gold Dialysis (HMO-POS C-SNP) H4869-013
\$0 por mes

Gold Circle Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP) H4869-010
\$0 por mes

Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP) H4869-012
\$0 por mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____) Sexo: Masculino Femenino Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección de residencia permanente (no ingrese una P.O. Box. Nota: Para las personas sin hogar, una casilla postal (P.O. Box) puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad: _____ Condado (opcional): _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite P.O. Box):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Su información de Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Gold Kidney Health Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro
para esta cobertura:

Número de grupo para
esta cobertura:

Para calificar para un Plan de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP, en inglés) Heart & Diabetes, debe tener una o más de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación.

¿Le han diagnosticado una de las siguientes condiciones médicas? Marque todas las opciones que correspondan.

- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, en inglés) Diabetes mellitus (DM)
 Enfermedad cardiovascular (CVD, en inglés)

Complete también la Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción (PQAT, en inglés) incluida en este formulario antes de enviar su solicitud. La PQAT debe enviarse junto con el formulario de inscripción.

Para calificar para un Plan de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP, en inglés) Dialysis, debe estar recibiendo uno o más de los siguientes servicios.

- Diálisis Servicios de diálisis

Complete también la Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción (PQAT, en inglés) incluida en este formulario antes de enviar su solicitud. La PQAT debe enviarse junto con el formulario de inscripción.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Gold Kidney Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage (MA), reconozco que Gold Kidney Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podría usarla para realizar un seguimiento de inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (ver la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Gold Kidney Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Gold Kidney Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Gold Kidney Health Plan y que estén contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de Gold Kidney Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Gold Kidney Health Plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído el contenido de la solicitud y lo comprendo. Si la firma es la de un representante autorizado (según se describió anteriormente), dicha firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación relacionada con esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Firma	Fecha de hoy:
--------------	----------------------

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Relación con el inscrito:

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen mexicano, mexicano-estadounidense o chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático | <input type="checkbox"/> Guamaniano o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático | |

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se identifica? Seleccione una opción.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no gay o lesbiana | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español.

- Inglés

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Llame a Servicios para Miembros de Gold Kidney Health Plan al (844) 294-6535 si necesita información en un formato accesible que no se encuentre en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana; y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP, en inglés), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

- Resumen de Beneficios Evidencia de Cobertura Notificación Anual de Cambios
 Documentos operativos requeridos Correspondencia general para miembros

Dirección de correo electrónico:

- Deseo recibir mensajes de texto (SMS) de Gold Kidney Health Plan para correspondencia y alertas generales para miembros.

Teléfono: (___ ___) ___ ___ - ___ ___

Su operador puede aplicar cargos por los mensajes de texto (SMS). Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento llamándonos al (844) 294-6535 (TTY 711).

Programa Thrive® Smartphone

Gold Kidney Health Plan ofrece un teléfono inteligente con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados como beneficio complementario a los miembros que cumplen con ciertos criterios. No se aplica ningún cargo mensual asociado con el teléfono inteligente mientras esté inscrito en Gold Kidney Health Plan. Para ser elegible para este beneficio, debe estar inscrito en un plan C-SNP y ser elegible para los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, en inglés).

Si opta por este beneficio, un representante se comunicará con usted después de la inscripción en el plan Gold Kidney para inscribirse en el programa y activar el teléfono.

- Quiero suscribirme al programa Thrive Smartphone de Gold Kidney Health Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Los beneficios mencionados son parte de un programa especial de beneficios complementarios para enfermos crónicos. Para calificar, los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas: trastorno cardiovascular; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus; enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés); enfermedad renal crónica (CKD, en inglés).

Tenga en cuenta que es posible que un miembro con una o más de las afecciones crónicas enumeradas no reciba necesariamente el beneficio. Para calificar, el miembro debe cumplir con los cinco requisitos siguientes: 1) tener al menos una afección crónica calificada (ver arriba) y 2) está inscrito en un C-SNP de Gold Kidney Health Plan; consulte el Resumen de Beneficios del plan para conocer los beneficios específicos y los montos de cobertura y 3) tener un alto riesgo de hospitalización u otro resultado adverso para la salud y 4) requerir coordinación de cuidados intensivos y 5) participar en la administración de casos.

No todos los miembros calificarán.

Pago de las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo, mediante “Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, en inglés)” o “tarjeta de crédito” cada mes. **También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés) o del Seguro Social cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA, en inglés), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a Gold Kidney Health Plan la Parte D-IRMAA.

Seleccione una opción de pago para la prima

- Factura mensual**
- Deducción automática del cheque mensual del Seguro Social (SSA, en inglés) o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés).**

Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB demore dos o más meses en comenzar una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.

- Pago con tarjeta de crédito**
- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, en inglés) desde su cuenta bancaria cada mes.**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre:	Relación con el inscrito:
Firma:	Número de productor nacional (solo agentes/ corredores):

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN SECCIÓN ADMINISTRATIVA
(Solo para uso del agente autorizado)

N.º de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:
Fecha de recepción del agente de ventas autorizado:	
Firma del agente de ventas autorizado (obligatorio):	

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) recopilan información de los planes Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción del beneficiario en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, en inglés) "Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados (MARx, en inglés)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

Información de contacto	
Primer nombre	Apellido
Número de teléfono	Fecha de nacimiento
Número de Medicare	Número de identificación de Gold Kidney
SÓLO PARA USO INTERNO Tipo de evaluación (deberá ser completado por el gestor del caso): <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> TOC	
Idioma/información cultural	
1. ¿Prefiere otro idioma que no sea el inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Imposible de evaluar <input type="checkbox"/> Me niego a contestar En caso afirmativo, ¿qué idioma? <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Navajo <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	
2. ¿Tiene creencias culturales o religiosas específicas que puedan afectar a su atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Imposible de evaluar <input type="checkbox"/> Me niego a contestar En caso afirmativo, ¿a qué grupo de los siguientes pertenece? <input type="checkbox"/> Amish <input type="checkbox"/> Bahaí <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Musulmán <input type="checkbox"/> Adventista del séptimo día <input type="checkbox"/> Sij <input type="checkbox"/> Otro _____ Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, ¿cuáles son las creencias concretas? _____	



3. ¿Cuál es su raza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Chamorro o guameño | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Coreano | |

4. ¿Cuál es su etnia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano | |
| <input type="checkbox"/> Cubano | |

5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior | <input type="checkbox"/> Título universitario |
| <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Título avanzado |
| <input type="checkbox"/> Universidad incompleta | |

Información general

6. En general, ¿cómo calificaría su salud actual?

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| <input type="checkbox"/> Imposible de evaluar | <input type="checkbox"/> Me niego a contestar | | | |

¿Tiene razones específicas para responder a la pregunta de la forma en que lo hizo?



Actividad/ejercicio

7. ¿Cuál es su nivel de actividad actual?

- Igual que hace tres meses
- Mejor que hace tres meses
- Peor que hace tres meses
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

8. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de ayuda en su hogar?

- Bastón
- Andador
- Muletas
- Silla de ruedas manual
- Scooter
- Silla de ruedas eléctrica
- Ninguno
- Otro _____

Consumo de sustancias

9. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

10. ¿Consume sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿desea dejar de consumir sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

11. ¿Consume productos de tabaco/nicotina como cigarrillos electrónicos/vapeadores o para mojar/masticar?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿desea dejar de fumar o de consumir tabaco/productos con nicotina?

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

Salud mental

12. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

- Ninguna (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días (3)

13. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?

- Ninguna (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días (3)

(Nota: Si la puntuación total para estas preguntas de PHQ-2 es 3 o mayor que 3, se deberían activar automáticamente preguntas adicionales de PHQ-9 con una posible derivación a Administración de casos.)



Vacunación

14. ¿Se ha vacunado contra la gripe?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última vacuna contra la gripe? Fecha: ____ / ____ / ____

15. ¿Ha recibido la vacuna Td/Tdap en los últimos nueve años?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

16. Si tiene más de 50 años, ¿se ha vacunado contra el herpes zóster en algún momento después de cumplir 50 años?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

17. ¿Se ha vacunado contra el neumococo?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuántas veces?

- Primera dosis Segunda dosis Refuerzo Imposible de evaluar
 Me niego a contestar

18. ¿Se ha vacunado contra la hepatitis? En caso afirmativo, ¿cuántas veces?

- Una dosis Dos dosis Tres dosis Imposible de evaluar
 Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última vacuna contra la hepatitis?

Fecha: ____ / ____ / ____

Afecciones crónicas

19. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece lo siguiente?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes o prediabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> VIH/sida | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

(Nota: Las evaluaciones específicas deberían activarse automáticamente para diabetes, enfermedad renal, enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar si estas fueron marcadas en la pregunta anterior.)



Atención actual

20. ¿Tiene un médico de atención primaria (médico habitual) al que pueda acudir fácilmente de forma rutinaria?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su médico de atención primaria?

21. ¿Tiene otros médicos/especialistas a los que acude?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su especialista, y qué tipo de médico es?

22. En los últimos tres meses, ¿ha visitado urgencias o ha pasado la noche en el hospital?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué motivos?

23. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos médicos en su hogar?

- Oxígeno CPAP/BiPAP Cierre de heridas por vacío Bomba de insulina
 Cama hospitalaria Ninguno Otro _____

Actividades de la vida diaria (AVD)

24. ¿Necesita ayuda de otras personas para realizar actividades diarias como comer, vestirse, arreglarse, sentarse y levantarse de la silla, bañarse, caminar, o ir al baño?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

- Sí No



Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

25. ¿Necesita ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como lavar la ropa, realizar las tareas domésticas, hacer las compras, usar el teléfono, cocinar o preparar comida, conducir o usar el transporte público, hacer reparaciones en el hogar, o tomar sus propios medicamentos?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

- Sí
- No

Caídas

26. ¿Se ha caído más de una vez en los últimos seis meses? (Una caída es cuando su cuerpo se va al suelo sin que se lo empuje.)

- Sí
- No
- Imposible de evaluar
- Me niego a contestar

Situación de vivienda

Si alguien elige las respuestas subrayadas, es posible que tenga una necesidad social insatisfecha relacionada con la salud.

27. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Tengo un lugar estable para vivir
- Actualmente tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque).
- Otra _____

28. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.

- Plagas como bichos, hormigas o ratones
- Faltan detectores de humo o no funcionan
- Moho
- Fugas de agua
- Pintura o tuberías con plomo
- Ninguno de los anteriores
- Falta de calefacción
- Otro _____
- El horno o la cocina no funcionan



Alimentos

Algunas personas han hecho las siguientes afirmaciones sobre su situación alimentaria. Responda si las afirmaciones fueron A MENUDO, A VECES o NUNCA ciertas para usted y su hogar en los últimos 12 meses.

29. En los últimos 12 meses, le preocupó que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más

- A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto

30. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró no duraron, y no tuvo dinero para comprar más

- A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto

Transporte

31. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, a reuniones o al trabajo; o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí No

Medicamentos

32. ¿Tiene alguna dificultad para conseguir sus medicamentos?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿qué dificultad tiene para conseguir sus medicamentos?

33. ¿Entiende sus medicamentos y cómo tomarlos?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso negativo, ¿qué es lo que no entiende?

Dolor

(Si un miembro obtiene una puntuación positiva, déVELO inmediatamente a Administración de casos)

34. En los últimos siete días, ¿cuánto dolor ha sentido?

- Nada Poco Mucho

Si ha sentido dolor, especifique el lugar o la causa del dolor.



35. ¿Tiene instrucciones anticipadas? *(Una instrucción anticipada es un documento escrito en el que se expresan sus deseos de atención médica en caso de que no pueda hablar por sí mismo)*

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

En caso negativo, ¿podemos facilitarle información relativa a las instrucciones anticipadas?

- Sí No Imposible de evaluar Me niego a contestar

Informe

36. Estado de la evaluación: Pendiente Finalizada Rechazada

Fecha de finalización: _____

¿Quién completó el formulario? Miembro Cónyuge Familiar o amigo

Envíe el formulario completo a:

Gold Kidney Health Plan
Attention: Enrollment Department
P.O. Box 285
Portsmouth, NH 03802

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 285, Portsmouth, NH 03802
1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Fax: 1 (866) 515-7869
Attention: Gold Kidney Appeals & Grievances Department

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 <https://www.hhs.gov/ocr/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 **(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 **(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 **(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 **(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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **(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 **(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 **(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 **(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 **(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 **(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 **(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 **(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 **(844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italiano 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 **(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 **(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 **(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、**(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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Preguntas

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

1 (888) 376-6188 (TTY 711)

Horas de operación

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 feriados)

DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE

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

www.goldkidney.com

Gold Kidney Health Plan P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802



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

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

*Los beneficios mencionados son parte de un programa especial de beneficios complementarios para afiliados con una o más condiciones crónicas complejas. Para calificar, los miembros deben tener al menos una de las siguientes condiciones crónicas: trastorno cardiovascular; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus; enfermedad renal terminal (ESRD); enfermedad renal crónica (ERC).

Tenga en cuenta que es posible que un afiliado con una o más de las afecciones crónicas enumeradas anteriormente no necesariamente reciba el beneficio. Para calificar, el miembro debe tener al menos una condición crónica que califique (ver arriba) y participar en la administración de casos. No todos los miembros calificarán.