



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.

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)</p>
<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>

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Gold Kidney of Arizona Gold Circle Dialysis (HMO-POS C-SNP)</p>
<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.

Aviso sobre no discriminación

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes correspondientes de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Gold Kidney Health Plan no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al cliente al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Si usted cree que Gold Kidney Health Plan no cumplió en proveer estos servicios o ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja formal ante:

Gold Kidney Health Plan — Appeals & Grievances
P.O. Box 285, Portsmouth, NH, 03802
1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Fax: Attention: Gold Kidney Appeals & Grievances Department

Puede presentar una queja en persona, por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. También puede hacerlo por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

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)

Los formularios de quejas están 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 **1 (844) 294-6535**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1 (844) 294-6535**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费~~的~~翻译服务, 帮助您解答关于健康或~~药物~~保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1 (844) 294-6535**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项~~免费~~服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1 (844) 294-6535**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項~~免費~~服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1 (844) 294-6535**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1 (844) 294-6535**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1 (844) 294-6535**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1 (844) 294-6535** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1 (844) 294-6535**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1 (844) 294-6535**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1 (844) 294-6535** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1 (844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1 (844) 294-6535**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1 (844) 294-6535**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1 (844) 294-6535**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1 (844) 294-6535** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestros planes, llame 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)

www.goldkidney.com

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



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

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

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a atender 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, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

*Los beneficios mencionados forman parte de un programa de beneficios complementarios especiales para miembros con una o más afecciones crónicas complejas. Para calificar, los miembros deben tener al menos una de las siguientes afecciones crónicas: trastorno cardiovascular; insuficiencia cardíaca crónica; diabetes mellitus; enfermedad renal 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 tener al menos una afección crónica calificada (consultar arriba) y participar en la administración de casos. No todos los miembros calificarán.