

Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) lo ofrece Gold Kidney Health Plan of Florida

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Gold Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Usted tiene tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, seguirá inscrito en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista que aparece en el dorso de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*.
- **Tenga en cuenta** que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.goldkidney.com o llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en otros idiomas, incluido el español.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es el siguiente:
 - Del 1 de octubre al 31 de marzo: Los representantes de servicio al cliente (CSR) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
 - 30 de septiembre: Los CSR en vivo están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares los sábados, los domingos y los feriados federales.
 - Los mensajes deben devolverse en el plazo de un (1) día hábil.
 - Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande, audio u otros formatos.

Acerca de Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)

- Gold Kidney Health Plan, Inc. es un plan HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Gold Kidney Health Plan of Florida. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026,

obtendrá su cobertura médica y de medicamentos mediante Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para efectuar un cambio.

Y0171_H1526004_ANOC_0925_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	2
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	4
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	4
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	5
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D.....	16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	19
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	19
Sección 3.2 ¿Puedo efectuar un cambio en otro momento del año?	19
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?.....	21
Obtenga ayuda de Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	21
Obtenga ayuda de Medicare.....	22

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Para obtener más información, consulte la Sección 1.1.	\$8.70	\$4.80
Deducible	\$257 salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero	\$288 salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1.2).	\$9,350	\$9,250
Consultas al médico de atención primaria	20 % de coseguro por consulta	20 % de coseguro por consulta
Consultas al médico especialista	20 % de coseguro por consulta	20 % de coseguro por consulta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos</p>	<p>Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 1.7).</p>	<p>\$590 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>	<p>\$615 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más información, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel del medicamento 1: 25 % <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel del medicamento 1: 25 % <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$8.70	\$4.80

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más altos:** Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que pague este monto, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

Podemos efectuar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica	No se requiere autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$750 cada trimestre para todos los servicios dentales preventivos e integrales. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que puede utilizarse para beneficios dentales, audición y de la visión. El saldo no utilizado se trasladará al siguiente período.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Asignación de \$4,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red del proveedor.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentales integrales.</p> <p>\$0 de copago por cada examen dentales preventivo (4 exámenes bucales por año).</p> <p>\$0 de copago por cada limpieza (2 limpiezas por año).</p> <p>\$0 de copago por cada tratamiento con flúor (2 tratamientos con flúor por año).</p> <p>\$0 de copago por radiografías (3 radiografías por año).</p> <p>\$0 de copago por otros servicios dentales preventivos (2 consultas por año por otros servicios dentales preventivos).</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de servicios de restauración (4 visitas por año).</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de servicios de endodoncia (2 visitas por año).</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>\$0 de copago por cada consulta de servicios de periodoncia (2 visitas por año).</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de servicios de cirugía bucal y maxilofacial (3 consultas por año).</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de servicios generales complementarios (5 consultas por año).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Los beneficios dentales complementarios <u>no</u> están cubiertos fuera de la red.</p>
Atención de emergencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>20 % de coseguro, hasta un máximo de \$110 por cada consulta para recibir servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>20 % de coseguro, hasta un máximo de \$115 por cada consulta para recibir servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$70 cada mes para el beneficio de acondicionamiento físico. Esta asignación es un monto combinado para todos los servicios ofrecidos en el beneficio combinado de Gold Perks Plus. La asignación que no se utiliza no se transfiere al mes siguiente.</p>	<p>Se incluye membresía de gimnasio para los centros participantes dentro de la red de proveedores del plan. Los miembros también pueden seleccionar un (1) kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de beneficios sin costo alguno. Las opciones de kits incluyen opciones de fuerza (tubo de resistencia), tonificación (bola de pilates), yoga (colchoneta de yoga), cuidado personal (rodillo de espuma) o caminata (podómetro). Los kits de acondicionamiento físico para el hogar están sujetos a cambios y disponibilidad, prácticas comerciales y otros factores.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programas educativos sobre salud y bienestar	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios de programas educativos sobre salud y bienestar.	<u>Dentro de la red</u> Los servicios de programas educativos sobre salud y bienestar <u>no</u> están cubiertos.
Servicios de audición <i>Audífonos complementarios</i>	<u>Dentro de la red</u> Monto máximo de cobertura del plan de \$750 cada trimestre para todos los exámenes de audición de rutina y audífonos recetados. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que puede utilizarse para beneficios dentales, audición y de la visión. El saldo no utilizado se trasladará al siguiente período. Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.	<u>Dentro de la red</u> Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 cada año para exámenes de audición de rutina. Este monto se combina con el beneficio de audífonos recetados. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red del proveedor. Usted es responsable de todos los costos que superen los montos del límite de beneficios.

	<p style="text-align: center;">2025 (este año)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (próximo año)</p>
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</p> <p>Beneficios disponibles para miembros elegibles con enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que se someten a diálisis o buscan un trasplante.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los límites y los requisitos de autorización previa.</p>	<p>Los beneficios para ciertas afecciones crónicas <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Servicios de apoyo en el hogar Servicios de apoyo en el hogar de 60 horas por año. Los servicios incluyen tareas de cuidado en el hogar, transporte, tareas domésticas livianas y apoyo durante ejercicios ligeros.</p> <p>Servicios de transporte para diálisis Cantidad ilimitada de viajes hacia y desde centros de diálisis para miembros diagnosticados con ESRD con diálisis. Límite máximo de 50 millas de ida por viaje.</p> <p>Límite máximo adicional para servicios dentales en casos de ESRD y trasplantes Asignación adicional de \$1,000 al límite máximo de servicios dentales para miembros con ESRD que reciben diálisis. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para conocer los límites y los requisitos de autorización previa.</p>
<p>Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño</p>	<p><u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> El beneficio de modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño <u>no</u> está cubierto.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Hospitalizaciones cubiertas por Medicare, deducible de \$1,676 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Hospitalizaciones cubiertas por Medicare, deducible de \$1,676 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Hospitalizaciones cubiertas por Medicare, deducible de \$1,676 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u> Hospitalizaciones cubiertas por Medicare, deducible de \$1,676 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: \$838 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida). Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios del programa ambulatorio intensivo	Incluidos en los <i>servicios de salud mental ambulatorios</i> en 2025	<p><u>Dentro de la red</u> 20 % de coseguro por servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u> 20 % de coseguro por servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare Es posible que se requiera autorización previa para los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare</p>
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<p><u>Fuera de la red</u> \$35 de copago máximo para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare.</p> <p>0 % a 20 % de coseguro por medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare.</p> <p>0 % a 20 % de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>El plan no utiliza terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> 20 % de coseguro por medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>El plan utiliza terapia escalonada de la Parte B a la Parte B, de la Parte B a la Parte D y de la Parte D a la Parte B.</p>
Servicios del programa de tratamiento para opioides	No se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento para opioides.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios del programa de tratamiento para opioides.
Servicios de rehabilitación ambulatorios	No se requiere autorización previa para los servicios de terapia ocupacional.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de terapia ocupacional.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Hospitalización parcial	Incluidos en los servicios de salud mental ambulatorios en 2025	<u>Dentro de la red</u> 20 % de coseguro por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare <u>Fuera de la red</u> 20 % por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare
Beneficio del sistema de respuesta personal a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	No se requiere derivación para el beneficio del sistema de respuesta personal a emergencias.	Se requiere una derivación para el beneficio del sistema de respuesta personal a emergencias.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	No se requiere autorización previa para los servicios de médicos especialistas.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de médicos especialistas.
Servicios de podiatría	No se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Prevención de readmisión	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de comidas <u>no</u> está cubierto como parte del beneficio de prevención de readmisión.	<u>Dentro de la red</u> Según lo recomendado por el administrador de casos mediante el proveedor del plan. Se proporciona un beneficio de comidas después de la fase aguda después de una hospitalización de 2 comidas por día durante 14 días, hasta 4 veces por año.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	No se requiere derivación para el beneficio de prevención de readmisión.	Se requiere una derivación para el beneficio de prevención de readmisión.
Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, días 1 a 20: \$0 de copago por cada período de beneficios Días 21 a 100: \$209.50 de copago por día de cada período de beneficios Días 101 en adelante: todos los costos.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, días 1 a 20: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 21 a 100: \$209.50 de copago por día de cada período de beneficios. Días 101 en adelante: todos los costos. Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)	<p>Monto máximo de asignación del plan de \$70 cada mes para los siguientes servicios en virtud de los SSBCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de servicios públicos • Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) • Suministros y servicios para mascotas • Servicios de cuidado personal 	<p>Asignación trimestral de \$100 que se utilizará para la compra de OTC o para pagar los servicios públicos. La asignación no utilizada no se transfiere al siguiente trimestre. Se requiere información de la cuenta de servicios públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los suministros y servicios para mascotas no están cubiertos • Los servicios de cuidado personal no están cubiertos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Una asignación mensual de \$100 que se utilizará para la compra de alimentos/ productos saludables o comidas preparadas de comerciantes participantes del plan. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>La diálisis domiciliaria con asistencia de personal no cubierta por Medicare no estaba cubierta.</p> <p>Una asignación mensual de \$70 para usar en la compra de combustible en gasolineras y para viajes de transporte compartido de un proveedor participante del plan.</p>	<p>Asignación mensual de \$200 que se utilizará para la compra de alimentos/productos saludables o comidas preparadas de comerciantes participantes del plan. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>\$0 de copago por diálisis domiciliaria con asistencia de personal no cubierta por Medicare. Los miembros elegibles con ESRD que reciben diálisis pueden calificar para los servicios de diálisis domiciliaria con asistencia de personal cuando su médico o el proveedor del plan de salud lo consideren médicamente necesario. Estos servicios se coordinan mediante la administración de casos, que derivará a los miembros a proveedores participantes para garantizar una atención adecuada y continua en el hogar. Se requiere una derivación.</p> <p>La asignación mensual para combustible en gasolineras no está cubierta.</p>
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</p>	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de telemonitoreo	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios de telemonitoreo.	<u>Dentro de la red</u> Los servicios de telemonitoreo <u>no</u> están cubiertos.
Masaje terapéutico	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por sesiones de masaje terapéutico (consultas ilimitadas por año).	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de masaje terapéutico <u>no</u> está cubierto.
Servicios de transporte (de rutina)	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios de transporte de rutina (40 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud) mediante servicios de transporte compartido, transporte médico y en camioneta.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios de transporte de rutina (24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan) en taxi, servicios de transporte compartido, transporte médico y camioneta.
Servicios de atención de urgencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> 20 % de coseguro, hasta un máximo de \$45 por cada consulta para recibir servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> 20 % de coseguro, hasta un máximo de \$40 por cada consulta para recibir servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de la visión Beneficios complementarios de la visión	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Monto máximo de cobertura de \$750 cada trimestre para todos los exámenes de la visión de rutina y anteojos. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que puede utilizarse para beneficios dentales, audición y de la visión. El saldo no utilizado se trasladará al siguiente período.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$0 por un examen de la visión de rutina por año (incluye control de la visión). Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red del proveedor.</p> <p>1 par de lentes monofocales, bifocales o trifocales por año</p> <p>Hasta \$300 por año para marcos de anteojos</p> <p>● hasta \$115 por año para lentes de contacto, incluido el ajuste y la evaluación (en lugar de anteojos)</p> <p>La cobertura incluye marcos o lentes de contacto, no ambos. Usted paga cualquier costo que supere estos límites.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>20 % de coseguro por un examen anual de detección de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>Los beneficios complementarios de la visión no están cubiertos fuera de la red.</p>

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Se ofrece una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos en www.goldkidney.com.

No hemos efectuado cambios en nuestra Lista de medicamentos en este momento para el próximo año. No obstante, podemos hacer cambios permitidos por las normas de Medicare durante el año. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la Lista de medicamentos más actualizada. Si efectuamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta

¿Recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D** no se aplica a usted. Le enviamos un material por separado, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: La etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**

Usted empieza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2,100.

- **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura se sustituyó por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$590	\$615

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel del medicamento 1:	25 %	25 %

Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que usted participe en esta opción de pago.	Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP), no es necesario que usted haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, usted se inscribirá automáticamente en nuestro plan Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (vaya a la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo efectuar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o abandonarán la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio del plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de

salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que sale.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas de los planes de medicamentos mensuales, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Al Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos con receta mediante el ADAP de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al ADAP de Florida al 850-245-4422. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de

pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, independientemente de la opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas 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 feriados) 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 feriados). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2026* para Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.goldkidney.com o llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.goldkidney.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, SHIP se llama Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (SHINE).

Llame al programa SHINE para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al programa SHINE al 1-800-963-5337. Para obtener más información sobre el programa SHINE, visite (www.floridashine.org).

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**
Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- **Escriba a Medicare**
Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
- **Visite www.Medicare.gov**
El sitio web oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.
- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)***
El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.