

# Comparación de planes Gold Kidney Medicare Advantage 2026 (HMO-POS C-SNP)



		Gold Health / Salud de Oro (H1526-008)				Gold Heart & Diabetes Complete / Salud de Oro Completa (H1526-002)				Gold Dialysis & Kidney / Diálisis y Riñón de Oro (H1526-009)				Gold Dialysis & Kidney Complete / Diálisis y Riñón de Oro Completa (H1526-004)			
Descripción General	Área de servicio	Miami-Dade				Baker, Broward, Clay, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hernando, Hillsborough, Indian River, Manatee, Martin, Miami-Dade, Okeechobee, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter				Miami-Dade				Baker, Broward, Clay, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hernando, Hillsborough, Indian River, Manatee, Martin, Miami-Dade, Okeechobee, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter			
	Prima mensual	\$0				\$0				\$0				\$4.80			
	Deducible anual	\$0				\$288				\$0				\$288			
	Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$1,900				\$9,250				\$1,900				\$9,250			
		Dentro de la red		Fuera de la red		Dentro y fuera de la red				Dentro de la red		Fuera de la red		Dentro y fuera de la red			
Beneficios Principales	Médico de atención primaria	\$0				20%				\$0				20%			
	Especialista: nefrólogos, endocrinólogos y cardiólogos	\$0		\$5		20%				\$0		\$5		20%			
	Especialista (todos los demás)	\$5				20%				\$5				20%			
	Atención de urgencia	\$0				20% hasta un máximo de \$40				\$0				20% hasta un máximo de \$40			
	Atención de emergencia	\$120				20% hasta un máximo de \$115				\$120				20% hasta un máximo de \$115			
	Quiropráctico	\$20				20%				\$20				20%			
	Hospitalización para pacientes hospitalizados	Días 1 a 7: \$50/por días; Días 8 a 90: \$0				Original Medicare				Días 1 a 7: \$50/por días; Días 8 a 90: \$0				Original Medicare			
	Servicios de hospitalización para pacientes ambulatorios	\$50				20%				\$50				20%			
	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	\$50				20%				\$50				20%			
	Radiografías/radiología de diagnóstico	\$0 - \$150		\$150		20%				\$0 - \$150		\$150		20%			
	Servicios de laboratorio	\$0 - \$20		\$20		20%				\$0 - \$10		\$10		20%			
	Diálisis	20%				20%				\$0		20%		20%			
Medicamentos Recetados	Deducible anual de medicamentos recetados	\$0				\$615				\$0				\$615			
		Por venta minorista		Por pedido por correo		Por venta minorista		Por pedido por correo		Por venta minorista		Por pedido por correo		Por venta minorista		Por pedido por correo	
		30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días	30 días	90 días
	Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0	24%	24%	24%	24%	\$0	\$0	\$0	\$0				
	Nivel 2: Genéricos	\$0	\$0	\$0	\$0	24%	24%	24%	24%	\$5	\$12	\$5	\$5				
	Nivel 3: Marca preferidos	\$40	\$100	\$40	\$40	24%	24%	24%	24%	\$47	\$117	\$40	\$40				
	Nivel 4: Marca no preferidos	\$100	\$250	\$100	\$250	26%	26%	26%	26%	\$100	\$250	\$100	\$250	25%	25%	25%	25%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33%	N/A	N/A	N/A	25%	N/A	N/A	N/A	33%	N/A	N/A	N/A					
Nivel 6: Medicamentos para la diabetes seleccionados	\$0	\$0	\$0	\$0	15%	15%	15%	15%	\$0	\$0	\$0	\$0					
Extras	Servicios dentales: preventivos e integrales	Máximo anual de \$4,000				Máximo anual de \$4,000				Máximo anual de \$5,000				Máximo anual de \$4,000			
	Anteojos y accesorios	\$200 por anteojos O \$115 por lentes de contacto				\$300 por anteojos O \$115 por lentes de contacto				\$300 por anteojos O \$115 por lentes de contacto				\$300 por anteojos O \$115 por lentes de contacto			
	Audífonos	Niveles: \$195/\$595/\$995/\$1,395				\$1,500 para audífonos				Niveles: \$0/\$195/\$495/\$795/\$1,095/\$1,495				\$1,500 para audífonos			
	Transporte	24 viajes de ida por año				22 viajes de ida por año				24 viajes de ida por año				24 viajes de ida por año			
	Acondicionamiento físico	Con cobertura				Con cobertura				Con cobertura				Con cobertura			

Sus costos médicos compartidos pueden ser menores si recibe todos los beneficios de Medicaid

## ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES

-  **Servicios dentales**  
Servicios dentales preventivos e integrales
-  **Servicios audición**  
Examen de audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos recetados y servicio de 3 años para audífonos
-  **Servicios de la visión**  
Exámenes de la visión de rutina y asignación anual para anteojos o lentes de contacto de rutina (lentes o marcos)
-  **Programa de salud y acondicionamiento físico**  
Acceso a centros de acondicionamiento físico, kits de acondicionamiento físico y recursos y apoyo en línea
-  **Asignación para alimentos y productos saludables\***  
Asignación mensual para la compra de alimentos y productos saludables o comidas preparadas de comerciantes participantes
-  **Asignación para artículos de venta libre y servicios públicos\***  
Asignación trimestral para la compra de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) o el pago de servicios públicos
-  **Teléfono inteligente\***  
Teléfono inteligente con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados
-  **Paquete de diálisis**  
Paquete de beneficios que incluye servicios de apoyo en el hogar, transporte a centros de diálisis, beneficios dentales adicionales y diálisis asistida por personal en el hogar\* para miembros que tienen ERC en etapa 5 y se realizan diálisis o trasplante de riñón

	Gold Health (H1526-008)	Gold Heart & Diabetes Complete (H1526-002)	Gold Dialysis & Kidney (H1526-009)	Gold Dialysis & Kidney Complete (H1526-004)
Servicios dentales	✓	✓	✓	✓
Servicios audición ( <i>incluidos audífonos</i> )	✓	✓	✓	✓
Servicios de la visión ( <i>anteojos O lentes de contacto</i> )	✓	✓	✓	✓
Acondicionamiento físico	✓	✓	✓	✓
Comidas para la prevención de readmisiones	✓	✓	✓	✓
Evaluación de seguridad en el hogar	✓	✓	✓	✓
Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	✓	✓	✓	✓
Sistema personal de respuesta a emergencias	✓	✓	✓	✓
Asignación para alimentos y productos saludables*	✓	✓	✓	✓
Asignación combinada para artículos de venta libre y servicios públicos*	✓	✓	✓	✓
Teléfono inteligente y plan de datos*	✓	✓	✓	✓
Transporte ( <i>de rutina</i> )	✓	✓	✓	✓
Programa de incentivos y recompensas	✓	✓	✓	✓
<b>BENEFICIOS PARA MIEMBROS QUE SE REALIZAN DIÁLISIS</b>				
Transporte a centros de diálisis ( <i>sin límite</i> )			✓	✓
Asignación dental adicional			✓	✓
Servicios de apoyo en el hogar ( <i>60 horas por año</i> )			✓	✓
Diálisis asistida por personal en el hogar*			✓	✓

Si tiene preguntas sobre nuestros planes o desea inscribirse, llame al:

**1 (888) 376-6188 (TTY 711)**

### Horario de atención

**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 feriados)

**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 feriados)



[www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com)

P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

**Este es un documento de resumen. Para obtener detalles del plan, consulte el documento de Evidencia de cobertura de 2026.**

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

Gold Kidney Health Plan, Inc.® es un plan HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en el 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 Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) están disponibles para los miembros elegibles con afecciones crónicas que califican, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares y enfermedad renal crónica (etapa 3b o superior), y se ofrecen según los criterios de elegibilidad del Gold Kidney Health Plan. Los beneficios SSBCI no están garantizados y pueden cambiar cada año. Para obtener detalles completos, incluidos los requisitos de elegibilidad y los servicios disponibles, comuníquese con Gold Kidney Health Plan o revise la Evidencia de cobertura de su plan.