

2026

Resumen de beneficios

Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney

Complete

(HMO-POS C-SNP)

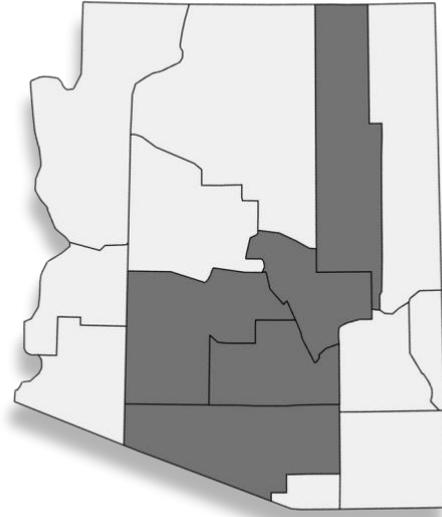
Este es un resumen de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare para Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) es un plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plans, C-SNP) de Medicare Advantage HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, 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 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, inscribirse 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 y Navajo.



Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “Medicare & You”. 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

Para obtener más información:

- **LLÁMENOS AL**
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
- **HORARIO DE ATENCIÓN**
del 1 de octubre al 31 de marzo
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos)
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)
- **VISÍTENOS EN**
www.goldkidney.com

Primas y beneficios*

Esta es una breve lista de los beneficios y costos compartidos para nuestro plan. Para obtener una lista completa, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.

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

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Prima mensual del plan (incluye los servicios médicos y los medicamentos)	Usted paga \$17 cada mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	\$288 por los beneficios médicos. \$615 por los beneficios de la Parte D.	
Responsabilidad de gastos de bolsillo máximo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	\$9,250 al año Incluye copagos y otros costos por los servicios médicos dentro de la red para el año.	
Hospital para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios</p> <p>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)</p> <p>Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos</p> <p>Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 a 90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios</p> <p>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)</p> <p>Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los costos</p> <p>Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026.</p>
Hospital para pacientes ambulatorios	Dentro de la red 20% de coseguro por visita	Fuera de la red 20% de coseguro por visita

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Dentro de la red 20% de coseguro	Fuera de la red 20% de coseguro
Visitas médicas Proveedor de atención primaria Especialista	Dentro de la red 20% de coseguro 20% de coseguro	Fuera de la red 20% de coseguro 20% de coseguro
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Dentro de la red \$0 de copago	Fuera de la red 20% de coseguro
Atención de emergencia	20% de coseguro, hasta un máximo de \$115 por visita No se aplica el costo compartido para la sala de emergencia si se le admite en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.	
Servicios de urgencia	20% de coseguro, hasta un máximo de \$40 por visita	
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes/radiología Exámenes y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas Radiografías Servicios de radiología terapéutica	Dentro de la red 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro	Fuera de la red 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro
Audición Examen de la audición de rutina complementario Colocación y evaluación de audífonos recetados	Dentro de la red \$0 de copago Límite de un (1) examen de la audición de rutina por año \$0 de copago para visitas ilimitadas cada año	Fuera de la red Sin cobertura fuera de la red Sin cobertura fuera de la red
Audífonos	Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 cada año para exámenes de la audición	Sin cobertura fuera de la red

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)</p>	
<p>Gold Kidney tiene un contrato con un proveedor de servicios de audición para proporcionar beneficios de audición con cobertura. Los detalles y límites están disponibles en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>de rutina Este monto se combina con el beneficio de audífonos recetados.</p> <p>Garantía de 3 años, 3 años de visitas de seguimiento al proveedor y 2 años de baterías</p> <p>Límite de 1 audífono por oído, por año</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p>Gold Kidney tiene un contrato con un proveedor de servicios dentales para proporcionar beneficios dentales con cobertura. Los detalles y límites están disponibles en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago para exámenes dentales preventivos</p> <p>\$0 de copago para limpiezas</p> <p>\$0 de copago para tratamientos con flúor</p> <p>\$0 de copago para radiografías</p> <p>\$0 de copago para otros servicios dentales preventivos recibidos</p> <p>\$0 de copago para servicios de restauración</p> <p>\$0 de copago para servicios de endodoncia</p> <p>\$0 de copago para servicios de periodoncia</p> <p>\$0 de copago para servicios de cirugía bucal y maxilofacial</p> <p>\$0 de copago para servicios generales complementarios</p> <p>Asignación de \$4,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
<p>Servicios de la visión Exámenes de la vista de rutina complementarios</p> <p>Anteojos de rutina</p> <p>Gold Kidney tiene un contrato con un proveedor de servicios oftalmológicos para proporcionar beneficios oftalmológicos con cobertura. Los detalles y límites están disponibles en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$300 cada año para anteojos de rutina, incluidos lentes, marcos o lentes y marcos combinados O \$115 por año para lentes de contacto (en lugar de anteojos). La asignación para lentes de contacto se aplica a la colocación/evaluación de lentes y lentes de contacto.</p>	<p>Fuera de la red Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>
<p>Salud mental Consulta de terapia grupal/terapia individual ambulatoria</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro para sesiones individuales 20% de coseguro para sesiones grupales</p>	<p>Fuera de la red 20% de coseguro para sesiones individuales 20% de coseguro para sesiones grupales</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Dentro de la red 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>Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. Gold Kidney of Arizona proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como estén disponibles.</p>	<p>Fuera de la red 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>Estos son los montos de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. Gold Kidney of Arizona proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como estén disponibles.</p>
<p>Quiropráctico</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro para las visitas cubiertas por Medicare 20% de coseguro para las visitas de rutina. Límite de 12 visitas por año</p>	<p>Fuera de la red 20% de coseguro</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Ambulancia	Dentro de la red 20% de coseguro para servicios de ambulancia terrestre 20% de coseguro para servicios de ambulancia aérea	Fuera de la red 20% de coseguro para servicios de ambulancia terrestre 20% de coseguro para servicios de ambulancia aérea
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Dentro de la red \$35 de copago para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare 0% al 20% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare 0% al 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare	Fuera de la red 20% de coseguro para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare 20% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos recetados

Este es un resumen de la cobertura de medicamentos recetados y los costos compartidos para nuestro plan. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.

Etapa del deducible						
Usted paga \$615. Debe pagar el costo total de los medicamentos hasta que alcance este monto.						
Etapa de cobertura inicial						
Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura catastrófica).						
	Medicamentos recetados por venta minorista estándar		Medicamentos recetados para atención a largo plazo	Medicamentos recetados fuera de la red	Medicamentos recetados pedidos por correo	
Suministro para días	30 días	100 días	31 días	30 días	100 días	
Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1:	25%	25%	25%	25%	25%	
Etapa de cobertura catastrófica						
Ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 por año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.						
Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos de la Parte D.						

Beneficios adicionales

Para obtener más información sobre los límites y los detalles de los beneficios, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.

Beneficios adicionales	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro para DME cubierto por Medicare
<p>Beneficios de uniformidad de MA para afecciones crónicas</p> <p>Estos beneficios están disponibles solo para miembros elegibles que tienen enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD) en etapa 5 y enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) con diálisis o trasplante de riñón.</p>	<p>Servicios de apoyo en el hogar</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Asignación adicional de \$1,000 al límite máximo de servicios dentales para miembros con ESRD que reciben diálisis. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para conocer los límites y los requisitos de autorización previa.</p> <p>Diálisis domiciliaria con asistencia de personal no cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago para diálisis domiciliaria con asistencia de personal no cubierta por Medicare. Los miembros elegibles con enfermedad renal en etapa terminal (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 a través de 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>
Transporte	\$0 de copago para 22 viajes de ida por año

Beneficios adicionales

Beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)

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

Asignación para alimentos y productos saludables mensuales*

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.

Teléfono inteligente y plan de datos*

\$0 de copago por teléfono inteligente y paquete ilimitado de llamadas, mensajes de texto y datos para miembros elegibles que acepten participar en los servicios de administración de la atención que proporciona el plan de salud y sus socios. Los primeros 10 GB de datos móviles a alta velocidad; la velocidad se reduce a 128 kbps después de los 10 GB.

Asignación trimestral para artículos de venta libre y servicios públicos*

Asignación trimestral de \$100 que se utilizará para la compra de artículos de venta libre (over-the-counter, 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.

Gold Kidney Health Plan, Inc.® es un plan 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 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.

Notice of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-294-6535 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-294-6535 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Navajo: SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahíł hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'j' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohj'j' 1-844-294-6535 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'j' hanidziih.

Haitian: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-844-294-6535 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

French: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-294-6535 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-294-6535 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Simplified Chinese: 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-294-6535（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-294-6535 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-294-6535 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-294-6535 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-294-6535 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-294-6535 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-294-6535 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Italian: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-844-294-6535 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-844-295-6535 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-294-6535(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.