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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Gold Dialysis & Kidney 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 2026, seguirá inscrito en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o consulte la lista que aparece en el dorso de su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y usted 2027)*.
- 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.
    - Del 1 de abril al 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 2026, se inscribirá automáticamente en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, 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.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 3

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 6

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 6

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 7

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 21

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta 21

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan 23

Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan 24

Sección 2.2 ¿Puedo efectuar un cambio en otro momento del año? 24

SECCIÓN 3 Obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta 24

SECCIÓN 4 ¿Preguntas? 25

Obtenga ayuda de Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) 25

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 26

Obtenga ayuda de Medicare 26

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (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.	$4.80	**$7.30**
Deducible	$283 salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero	**$283** **salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero** **Esta es la cantidad de 2026 y puede cambiar para 2027**
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1.2).	$9,250	**$9,250**
Consultas al médico de atención primaria	Dentro y Fuera de la red 20 % de coseguro por consulta	**Dentro de la red** **20 % de coseguro por consulta** **Fuera de la red** **30 % de coseguro por consulta**
Consultas al médico especialista	Dentro y Fuera de la red 20 % de coseguro por consulta	**Dentro de la red** **20 % de coseguro por consulta** **Fuera de la red**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		30 % de coseguro por consulta
Hospitalizaciones Incluye varias estadías en hospitales de pacientes hospitalizados, tales como atención médica aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estadía en el hospital de pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente con una orden médica y termina el día anterior a recibir el alta.	Dentro de la red Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficio. Días 61 al 90: $434 de copago por día por cada período de beneficio. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días en su vida). Después de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo. Fuera de la red $1,736 de deducible por cada período de beneficio. Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficio. Días 61 al 90: $434 de copago por día por cada período de beneficio. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días en su vida). Después de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo.	**Dentro de la red** **Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficio.** **Días 61 al 90: $434 de copago por día por cada período de beneficio.** **Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días en su vida).** **Después de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo.** **Fuera de la red** **$1,736 de deducible por cada período de beneficio.** **Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficio.** **Días 61 al 90: $434 de copago por día por cada período de beneficio.** **Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días en su vida).** **Después de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Estos son los montos de costo compartido para 2026 y podrían cambiar para 2027.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, que incluyen el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D $615 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: No se aplican niveles de medicamentos. Después de que pague el deducible, usted paga el 25 % del costo total de todos los medicamentos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** **Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** **No se aplican niveles de medicamentos. Después de que pague el deducible, usted paga el 25 % del costo total de todos los medicamentos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial.** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	$4.80	**$7.30**
Reducción de la prima de la Parte B Este monto se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que pagará menos por la Parte B.	$0	**$0**

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 la Parte D u 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.

- Ayuda Adicional: la prima mensual de su plan será menor si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 1.7 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional 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.

	2026 (este año)	2027 (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.	$9,250	**$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

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de proveedores de 2027 en www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/ para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Esto es lo que debe hacer para obtener un Directorio de proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.goldkidney.com.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo.

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 lo afecta, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período especial de inscripción si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 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 de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a Servicios para los Miembros al 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Acupuntura (dolor de espalda baja)	Fuera de la red 20 % de coseguro por las consultas cubiertas por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % de coseguro por las consultas cubiertas por Medicare.**
Servicios de ambulancia	Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. 20 % del costo total de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.**
Centro quirúrgico ambulatorio	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.**
Servicios de rehabilitación cardíaca	Fuera de la red 20 % del costo total por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	20 % del costo total por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.	**30 % del costo total por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.**
Servicios de quiropráctica	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Fuera de la red 20 % del costo total por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.	**No se requiere autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.**
Servicios dentales	Dentro de la red 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. Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado. Fuera de la red 20 % del costo total por cada consulta cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** **Asignación de $2,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red del proveedor. Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado.** **Fuera de la red** **30 % del costo total por cada consulta cubierta por Medicare.**
Capacitación sobre la diabetes	Fuera de la red	**Fuera de la red**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	20 % del costo total por servicios de educación sobre el automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare.	**30 % del costo total por servicios de educación sobre el automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare.**
Servicios y suministros para la diabetes	Dentro de la red 20% del costo total de los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. Los monitores de diabetes no están cubiertos. Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. 20 % del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para la diabetes cubiertos por Medicare. Los monitores de diabetes no están cubiertos.	**Dentro de la red** **$0 de copago por servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.** **$0 de copago por monitores de diabetes cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para la diabetes cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total de los monitores de diabetes cubiertos por Medicare.** **Dentro y Fuera de la red** **Es posible que se requiera autorización previa para los monitores de diabetes.** **Los monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		disponibles a través del beneficio de farmacia del plan para los miembros que cumplan con los requisitos. Los CGM preferidos que se obtengan a través de las farmacias de la red participantes están cubiertos de acuerdo con las pautas del plan. Los CGM no preferidos o los CGM obtenidos a través de proveedores fuera de la red pueden requerir autorización previa. La cobertura está sujeta a necesidad médica, criterios de elegibilidad y a los requisitos aplicables del plan.
Servicios de diálisis	Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.**
Exámenes rectales digitales	Fuera de la red 20 % del costo total de los exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare.**
Equipo médico duradero	Fuera de la red 20 % del costo total de equipo médico duradero cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de equipo médico duradero cubierto por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	20 % del costo total de equipos de oxígeno cubiertos por Medicare.	**30 % del costo total de equipos de oxígeno cubiertos por Medicare.**
Electrocardiograma (EKG) después de la visita de bienvenida	Fuera de la red 20 % del costo total de un electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare después de la visita de bienvenida 'Welcome to Medicare'.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de un electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare después de la visita de bienvenida 'Welcome to Medicare'.**
Exámenes de detección de glaucoma	Fuera de la red 20 % del costo total de los exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.**
Beneficio de educación sobre la salud	Dentro de la red El beneficio de educación sobre la salud no está cubierto.	**Dentro de la red** **$0 de copago por el beneficio de educación sobre la salud.**
Servicios de audición	Fuera de la red 20 % del costo total por cada examen de audición cubierto por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por cada examen de audición cubierto por Medicare.**
Servicios de salud en el hogar	Fuera de la red 20 % del costo total por cada visita de salud en el hogar cubierta por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por cada visita de salud en el hogar cubierta por Medicare.**
Tratamiento de infusión en el hogar	Fuera de la red 20 % de coseguro por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % de coseguro por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios del programa ambulatorio intensivo	Dentro de la red Es posible que se requiera autorización previa para los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare. Fuera de la red 20 % del costo total de los 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.	**Dentro de la red** **No se requiere autorización previa para los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.** **No se requiere autorización previa para los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.**
Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.**
Uniformidad de MA	Dentro de la red Número ilimitado de traslados hacia y desde los centros de diálisis para miembros con enfermedad renal crónica (CKD) en etapa 5, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o aquellos en espera de un trasplante de riñón: Límite	**Dentro de la red** **Número ilimitado de traslados hacia y desde los centros de diálisis para miembros con CKD en etapa 5, ESRD o en espera de un trasplante de riñón; Límite máximo de 45 millas por trayecto.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	máximo de 50 millas por trayecto. Subsidio adicional de $1,000 para el límite máximo dental para miembros con enfermedad renal crónica (CKD) en etapa 5, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o aquellos en espera de un trasplante de riñón.	**No está cubierto**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Fuera de la red 20 % del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. 20 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B de Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.** **30 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.** **30 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B de Medicare.**
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios preventivos cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios preventivos cubiertos por Medicare.**
Servicios psiquiátricos y de salud mental	Fuera de la red 20 % del costo total de las sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare con un profesional de la salud	**Fuera de la red** **30 % del costo total de las sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare con un profesional de la salud**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	mental (que no sea psiquiatra) o un psiquiatra. 20 % del costo total de las sesiones de terapia grupal cubiertas por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra) o un psiquiatra.	**mental (que no sea psiquiatra) o un psiquiatra.** **30 % del costo total de las sesiones de terapia grupal cubiertas por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra) o un psiquiatra.**
Servicios de terapia ocupacional	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. Fuera de la red 20 % del costo total de los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.	**No se requiere autorización previa para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total de los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.**
Servicios del programa de tratamiento para opioides	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios del programa de tratamiento de trastornos por consumo de opioides cubiertos por Medicare. Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios del programa de tratamiento de trastornos por consumo de opioides cubiertos por Medicare.	**No se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento de trastornos por consumo de opioides cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios del programa de tratamiento de trastornos por consumo**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		de opioides cubiertos por Medicare.
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de sangre para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de sangre para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos	Dentro de la red No se requiere autorización previa para los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios. No se requiere autorización previa para los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Fuera de la red 20 % del costo total por los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. 20 % del costo total por los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** **Es posible que se requiera autorización previa para los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios.** **Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios.** **Fuera de la red** **30 % del costo total por los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total por los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	20 % del costo total por los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).	**30 % del costo total por los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).**
	20 % del costo total por los servicios de radiología terapéutica de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**30 % del costo total por los servicios de radiología terapéutica de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
	20 % del costo total por los servicios de radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**30 % del costo total por los servicios de radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
	No se requiere autorización previa para los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios.	**Es posible que se requiera autorización previa para los procedimientos y pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios.**
	No se requiere autorización previa para los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	**Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios.**
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de hospital	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de hospital**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. 20 % del costo total por los servicios de colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total por los servicios de colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
Observación hospitalaria ambulatoria	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias	Fuera de la red 20 % del costo total por sesión individual para los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. 20 % del costo total por sesión grupal para los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por sesión individual para los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.** **30 % del costo total por sesión grupal para los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.**
Hospitalización parcial	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	**No se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.**
Servicios de terapia física y del habla	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de terapia física y del habla cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de terapia física y del habla cubiertos por Medicare.**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	Fuera de la red 20 % del costo total por cada visita al médico especialista cubierta por Medicare. 20 % del costo total por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).	**Fuera de la red** **30 % del costo total por cada visita al médico especialista cubierta por Medicare.** **30 % del costo total por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).**
Servicios de podiatría	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare. Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de podología cubiertos por Medicare.	**No se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.** **Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de podología cubiertos por Medicare.**
Servicios de médico de atención primaria	Fuera de la red	**Fuera de la red**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	20 % del costo total por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.	**30 % del costo total por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.**
Prótesis y suministros médicos	Fuera de la red 20 % del costo total por los dispositivos protésicos y ortésicos. 20 % del costo total por los suministros médicos.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los dispositivos protésicos y ortésicos.** **30 % del costo total por los suministros médicos.**
Servicios de rehabilitación pulmonar	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.**
Tecnologías de acceso remoto (tecnologías basadas en la web o el teléfono y/o una línea directa de enfermería)	Dentro de la red $0 de copago por las tecnologías de acceso remoto (línea directa de enfermería).	**Dentro de la red** **El beneficio de tecnologías de acceso remoto no está cubierto.**
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)	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.	**Asignación mensual de $150 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.**
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)	Fuera de la red 20 % del costo total por los servicios de terapia de	**Fuera de la red** **30 % del costo total por los servicios de terapia**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.	**de ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.**
Visión	Fuera de la red 20 % del costo total por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. 20 % del costo total por artículos de óptica cubiertos por Medicare.	**Fuera de la red** **30 % del costo total por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.** **30 % del costo total por artículos de óptica cubiertos por Medicare.**

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.

- ***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 los costos totales de sus medicamentos en lo que va del año alcancen los $2,400.

- ***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. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	$615	**$700**

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 $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D:	25% del costo total	**25% del costo total**

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el plan Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP), no es necesario que usted haga nada. A menos que se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original 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 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos de receta. Además, tenga en cuenta que, en muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos de receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y se le cancelará automáticamente la inscripción de Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).
- **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 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027*

(Medicare y usted 2027), 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 2.1 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 2027 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 2027.

Sección 2.2 ¿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 3 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. 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 Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿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* 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2027 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 Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite 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 2027 (Medicare y usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027 (Medicare y usted 2027)* 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 Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.