2027

Resumen de beneficios

Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)

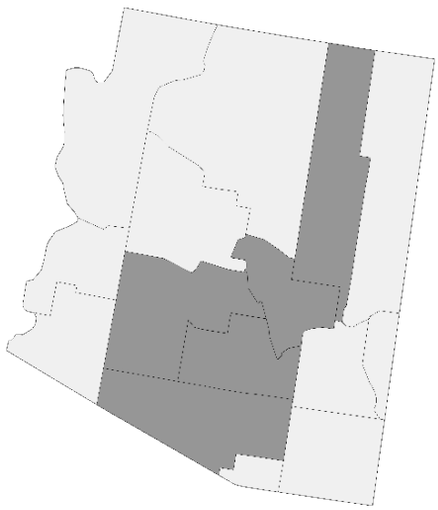
Este es un resumen de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare para Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP).

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

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, Navajo, Pima y Pinal.



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 $16.80 cada mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	Usted paga $283 por beneficios médicos. Este es el monto de 2026 y puede cambiar para 2027. Usted paga $700 por 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	Dentro de la red Días 1 a 60: $0 de copago por cada período de beneficios Días 61 a 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios Días 91 en adelante: $868 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida) Deducible de $1,736 por cada período de beneficios Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027.	Fuera de la red Días 1 a 60: $0 de copago por cada período de beneficios Días 61 a 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios Días 91 en adelante: $868 de copago por cada “día de reserva vitalicio” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante toda su vida) Deducible de $1,736 por cada período de beneficios Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027.
Hospital para pacientes ambulatorios	Dentro de la red 20% de coseguro por visita	Fuera de la red 50% de coseguro por visita
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Dentro de la red 20% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Visitas médicas	Dentro de la red	Fuera de la red
Proveedor de atención primaria	20% de coseguro	50% de coseguro
Especialista	20% de coseguro	50% 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 50% 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	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	20% de coseguro	50% de coseguro
Servicios de laboratorio	20% de coseguro	50% de coseguro
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas	20% de coseguro	50% de coseguro
Radiografías	20% de coseguro	50% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro	50% de coseguro
Audición	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la audición de rutina complementario	$0 de copago Límite de un (1) examen de la audición de rutina por año	Sin cobertura fuera de la red
Colocación y evaluación de audífonos recetados	$0 de copago para visitas ilimitadas cada año	Sin cobertura fuera de la red
Audífonos 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 Evidencia de cobertura.	Monto máximo de cobertura del plan de $1,500 cada año para exámenes de la audición de rutina Este monto se combina con el beneficio de audífonos recetados. Garantía de 3 años, 3 años de visitas de seguimiento al proveedor y 2 años de baterías Límite de 1 audífono por oído, por año	Sin cobertura fuera de la red

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Servicios dentales	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales preventivos	$0 de copago para exámenes dentales preventivos $0 de copago para limpiezas $0 de copago para tratamientos con flúor $0 de copago para radiografías $0 de copago para otros servicios dentales preventivos recibidos	Sin cobertura fuera de la red
Servicios dentales integrales 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 Evidencia de cobertura.	$0 de copago para servicios de restauración $0 de copago para servicios de endodoncia $0 de copago para servicios de periodoncia $0 de copago para servicios de cirugía bucal y maxilofacial $0 de copago para servicios generales complementarios Asignación de $2,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados	Sin cobertura fuera de la red
Servicios de la visión	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes de la vista de rutina complementarios	$0 de copago	Sin cobertura fuera de la red
Anteojos de rutina 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 Evidencia de cobertura.	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.	Sin cobertura fuera de la red

Primas y beneficios	Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)	
Salud mental Consulta de terapia grupal/terapia individual ambulatoria	Dentro de la red 20% de coseguro para sesiones individuales 20% de coseguro para sesiones grupales	Fuera de la red 50% de coseguro para sesiones individuales 50% de coseguro para sesiones grupales
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Dentro de la red Días 1 a 20: $0 de copago por cada período de beneficios Días 21 a 100: $217 de copago por día de cada período de beneficios Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027.	Fuera de la red Días 1 a 20: $0 de copago por cada período de beneficios Días 21 a 100: $217 de copago por día de cada período de beneficios Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027.
Fisioterapia y terapia del habla	Dentro de la red 20% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro
Quiropráctico	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	Fuera de la red 50% de coseguro Sin cobertura fuera de la red
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 50% de coseguro para servicios de ambulancia terrestre 50% 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 50% de coseguro para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare 50% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare 50% 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 $700. **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 $2,400 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 cubiertos de la Parte D:	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 $2,400 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)	Dentro de la red 20% de coseguro para DME cubierto por Medicare	Fuera de la red 50% de coseguro
Transporte	$0 de copago por 22 traslados de un solo trayecto al año. Límite máximo de 50 millas por trayecto.	

Beneficios adicionales	
Beneficios de uniformidad de MA para afecciones crónicas 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.	
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.
Servicios de transporte para diálisis	Número ilimitado de traslados hacia y desde los centros de diálisis para miembros diagnosticados con ESRD en diálisis. Límite máximo de 48 millas por trayecto.
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 $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.
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.

Beneficios adicionales	
Diálisis domiciliaria con asistencia de personal no cubierta por Medicare*	$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.

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.