

Resumen comparativo de planes (HMO-POS C-SNP)

Beneficios y primas	Gold Heart & Diabetes (H4869-001)	Gold Heart & Diabetes Complete ¹ (H4869-002)	Gold Dialysis (H4869-003)	Gold Dialysis Complete ¹ (H4869-004)
PRIMA DEL PLAN Y MOOP	MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE			
Prima mensual	\$0	\$0 / \$10.90	\$0	\$0 / \$30.10
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$2,500	\$9,350	\$2,900	\$9,350
BENEFICIOS PRINCIPALES	MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE			
Médico de atención primaria	\$0	0% / 20%	\$0	0% / 20%
Especialista: endocrinología, nefrología, cardiología, cirugía cardiovascular y vascular	\$0	0% / 20%	\$0	0% / 20%
Especialista (todos los demás)	\$10	0% / 20%	\$15	0% / 20%
Atención de urgencia	\$10	0% / 20% hasta un máximo de \$45	\$40	0% / 20% hasta un máximo de \$45
Emergencias	\$90	0% / 20% hasta un máximo de \$110	\$120	0% / 20% hasta un máximo de \$110
Hospitalización para pacientes internados	Días 1 a 5: \$150/día Días 6 a 90: \$0	Sigue las normas de Medicare Original	Días 1 a 5: \$175/día Días 6 a 90: \$0	Sigue las normas de Medicare Original
Servicios de hospitalización para pacientes ambulatorios	\$125	0% / 20%	\$175	0% / 20%
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	\$100	0% / 20%	\$75	0% / 20%
Radiografías / Radiología diagnóstica	\$0 - \$50	0% / 20%	\$0 - \$75	0% / 20%
Servicios de laboratorio	\$0	0% / 20%	\$0	0% / 20%
Diálisis	20%	0% / 20%	\$0	0% / 20%
Asistencia para trasplante de riñón (asistencia dental y apoyo para cuidadores)	N/C	N/C	Cubierto	Cubierto
COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA				
Deducible para medicamentos con receta	\$0	\$0 con Ayuda Adicional / \$590	\$0	\$0 con Ayuda Adicional / \$590
Medicamentos con receta (suministro minorista para 30 días)	\$0 / \$0 / \$40 / \$100 / 33% / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional ² / 25% ³	\$0 / \$5 / \$47 / \$100 / 33% / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional ² / 25% ³
Medicamentos con receta (suministro de pedidos por correo para 100 días)	\$0 / \$0 / \$40 / \$250 / N/C / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional ² / 25% ³	\$0 / \$5 / \$40 / \$250 / N/C / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional ² / 25% ³
SERVICIOS ADICIONALES				
Servicios dentales, de la vista y de la audición (transferencia trimestral)	\$4,000 por año	\$4,000 por año	\$2,000 por año	\$4,000 por año
Plan de datos para teléfonos inteligentes y móviles**	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Asignación para alimentos y productos saludables*	\$924 por año	\$1,800 por año	\$900 por año	\$1,500 por año
Asignación para transporte, combustible y viajes compartidos	\$0 por 24 viajes de ida por año	\$0 por 24 viajes de ida por año más \$300 de asignación para combustible y viajes compartidos por año*	\$0 por 200 viajes de ida por año más \$600 de asignación para combustible y viajes compartidos por año*	\$0 por 60 viajes de ida por año más \$720 de asignación para combustible y viajes compartidos por año*
Gold Perks Plus (para facturas de servicios públicos* y más)	\$300 por año	\$600 por año	\$300 por año	\$600 por año
Recompensas e incentivos por servicios preventivos	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año	Hasta \$300 por año
Membresía de gimnasio	\$0 para membresía Silver&Fit	\$0 para membresía Silver&Fit	\$0 para membresía Silver&Fit	\$0 para membresía Silver&Fit
Cuidado de acompañante	\$0 para servicios de apoyo en el hogar	\$0 para servicios de apoyo en el hogar	\$0 para servicios de apoyo en el hogar	\$0 para servicios de apoyo en el hogar
Sistema Personal de Respuesta a Emergencias	\$0 para 1 dispositivo de seguridad por año	\$0 para 1 dispositivo de seguridad por año	\$0 para 1 dispositivo de seguridad por año	\$0 para 1 dispositivo de seguridad por año

Este documento es un resumen. Para obtener más información sobre el plan, consulte los documentos de Evidencia de Cobertura de 2025.

NOTAS

- 1 Si recibe beneficios de Medicaid/AHCCS, estos programas pagarán su prima y coseguro.
- 2 Para aquellos cumplan los requisitos. Si pierde la Ayuda Adicional, se aplicará el copago original.
- 3 Varía según el nivel o categoría del medicamento.
- 4 El beneficio del teléfono inteligente se proporciona a través del socio de servicios y telefonía móvil de Gold Kidney.

Preguntas

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

1 (888) 376-6188 (TTY 711)

Horario de atención

DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE MARZO

De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos)

DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE

De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos)



www.goldkidney.com

P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

Gold Kidney Health plan, Inc. es un plan HMO-POS y 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).

*El beneficio es un beneficio complementario especial disponible únicamente para los afiliados con enfermedades crónicas que padecen una o más de las siguientes afecciones crónicas: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares y enfermedad renal terminal (ESRD), y que también cumplen con todos los criterios de cobertura del plan correspondientes. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Resumen comparativo de planes

Planes Arizona C-SNP para los condados de Gila, Maricopa, Pima y Pinal

