

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

Beneficios y primas	Gold Heart & Diabetes (H1526-001)	Gold Heart & Diabetes Complete <sup>1</sup> (H1526-002)	Gold Dialysis (H1526-003)	Gold Dialysis Complete <sup>1</sup> (H1526-004)
<b>REEMBOLSO DE LA PARTE B</b>				
Reembolso de dinero en cheque del Seguro Social	\$120	\$0	\$0	\$0
<b>PRIMA DEL PLAN Y MOOP</b>		<b>MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE</b>		<b>MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE</b>
Prima mensual	\$0	\$0 / \$20.30	\$0	\$0 / \$8.70
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$2,700	\$9,350	\$3,100	\$9,350
<b>BENEFICIOS PRINCIPALES</b>		<b>MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE</b>		<b>MEDICARE Y MEDICAID / SOLO MEDICARE</b>
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 7: \$150/día Días 8 a 90: \$0	Sigue las normas de Medicare Original
Servicios de hospitalización para pacientes ambulatorios	\$150	0% / 20%	\$150	0% / 20%
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	\$75	0% / 20%	\$125	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
<b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>				
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 <sup>2</sup> / 25% <sup>3</sup>	\$0 / \$5 / \$47 / \$100 / 33% / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional <sup>2</sup> / 25% <sup>3</sup>
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 <sup>2</sup> / 25% <sup>3</sup>	\$0 / \$5 / \$40 / \$250 / N/C / \$0	Se aplican los montos de Ayuda Adicional <sup>2</sup> / 25% <sup>3</sup>
<b>SERVICIOS ADICIONALES</b>				
Servicios dentales, de la vista y de la audición (transferencia trimestral)	\$2,800 por año	\$3,800 por año	\$2,500 por año	\$3,000 por año
Plan de datos para teléfonos inteligentes y móviles <sup>*4</sup>	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Asignación para alimentos y productos saludables <sup>*</sup>	\$1,008 por año	\$2,100 por año	\$1,080 por año	\$1,200 por año
Asignación para transporte, combustible y viajes compartidos	\$0 por 24 viajes de ida por año	\$0 por 23 viajes de ida por año más \$300 de asignación para combustible y viajes compartidos por año <sup>*</sup>	\$0 para viajes de ida ilimitados por año	\$0 por 40 viajes de ida por año más \$840 de asignación para combustible y viajes de ida por año <sup>*</sup>
Gold Perks Plus (para facturas de servicios públicos <sup>*</sup> y más)	\$300 por año	\$900 por año	\$900 por año	\$840 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](http://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 Florida C-SNP**



H1526\_PO\_PlanGrid\_CSNP\_0824M