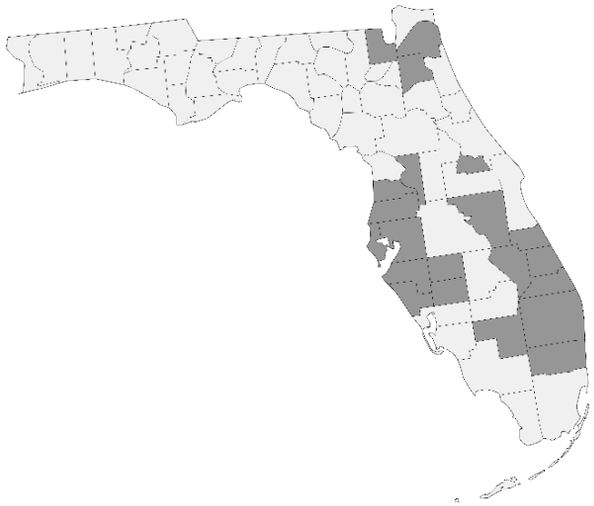
2027

Resumen de beneficios

Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)



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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes (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 Florida Gold Heart & Diabetes (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 Florida: Baker, Broward, Clay, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hernando, Hillsborough, Indian River, Manatee, Martin, Okeechobee, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Sumter.

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.

Primas y beneficios	Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)	
Prima mensual del plan (incluye los servicios médicos y los medicamentos)	Usted paga $0 cada mes. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Reducción de la prima de la Parte B	Nuestro plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en $133.	
Deducible	$0 por los beneficios médicos $0 por los beneficios de la Parte D	
Responsabilidad de gastos de bolsillo máximo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	Dentro de la red $2,700 al año. Incluye copagos y otros costos por los servicios médicos dentro de la red para el año.	Fuera de la red $13,000 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 $150 de copago por día para los días 1 a 5; $0 de copago por día para los días 6 a 90	Fuera de la red 30% de coseguro por estadía
Hospital para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Copago de $0 por colonoscopia diagnóstica; copago de $160 por todos los demás servicios.	Fuera de la red 30% de coseguro por visita
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Dentro de la red Copago de $0 por colonoscopia diagnóstica; copago de $75 por todos los demás servicios.	Fuera de la red 30% de coseguro
Visitas médicas Proveedor de atención primaria Especialista	Dentro de la red $0 de copago $0 de copago para nefrólogos, cardiólogos y endocrinólogos; $55 de copago para todos los demás especialistas	Fuera de la red 30% de coseguro $0 de copago para nefrólogos, cardiólogos y endocrinólogos; $55 de copago para todos los demás especialistas

Primas y beneficios	Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)	
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Dentro de la red $0 de copago	Fuera de la red 30% de coseguro
Atención de emergencia	$90 de copago 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	$10 de copago por visita	
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes/ radiología	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	$0 a $30 de copago	30% de coseguro
Servicios de laboratorio	$0 a $30 de copago	30% de coseguro
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas	$0 a $200 de copago	30% de coseguro
Radiografías	$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro	30% 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.	$195 de copago para el Nivel 1 $595 de copago para el Nivel 2 $995 de copago para el Nivel 3 $1,395 de copago para el Nivel 4 El costo compartido real dependerá de los audífonos seleccionados 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 Florida Gold Heart & Diabetes (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	\$0 de copago para servicios de restauración \$0 de copago para servicios de endodoncia \$0 de copago para servicios de periodoncia 20% de coseguro para prótesis dentales removibles (dentaduras), limitado a una vez cada cinco años \$0 de copago para servicios de cirugía bucal y maxilofacial \$0 de copago para servicios generales complementarios Asignación de \$3,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados	Sin cobertura fuera de la red
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.		
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	Monto máximo de cobertura de \$200 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
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.		

Primas y beneficios	Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)	
Salud mental Consulta de terapia grupal/terapia individual ambulatoria	Dentro de la red $25 de copago por sesiones individuales $10 de copago por sesiones grupales	Fuera de la red 30% de coseguro para sesiones individuales 30% de coseguro para sesiones grupales
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Dentro de la red $0 de copago por día para los días 1 a 20; $214 de copago por día para los días 21 a 100	Fuera de la red 30% de coseguro por estadía
Fisioterapia y terapia del habla	Dentro de la red $10 de copago	Fuera de la red 30% de coseguro
Quiropráctico	Dentro de la red $20 de copago para visitas cubiertas por Medicare $20 de copago para visitas de rutina. Límite de 12 visitas por año	Fuera de la red 30% de coseguro Sin cobertura fuera de la red
Ambulancia	Dentro de la red $225 de copago para servicios de ambulancia terrestre 20% de coseguro para servicios de ambulancia aérea	Fuera de la red 30% de coseguro para servicios de ambulancia terrestre 30% 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 30% de coseguro para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare 30% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare 30% 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 no paga un deducible.					
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 genéricos preferidos de Nivel 1:	$0	$0	$0	$0	$0
Medicamentos genéricos de Nivel 2:	$0	$0	$0	$0	$0
Medicamentos de marca preferidos de Nivel 3:	$40	$100	$40	$40	$40
Medicamentos de marca no preferidos de Nivel 4:	$100	$250	$100	$100	$250
Nivel de especialidad de Nivel 5:	33%	No disponible	33%	33%	No disponible
Medicamentos para la diabetes seleccionados de Nivel 6:	$0	$0	$0	$0	$0
Medicamentos insulínicos	$0	$0	$0	$0	$0
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 30% de coseguro

Beneficios adicionales	
Transporte	$0 de copago por 24 traslados de un solo trayecto al año. Límite máximo de 50 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 $100 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 $75 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.