Resumen de beneficios y cobertura

Período de cobertura 01/01/2025 - 31/12/2025

Plan Prestige (HMO)

H4647-002

Este Resumen de beneficios y cobertura es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones aplicables. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame a Servicios para Miembros o visítenos en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources para consultar la Evidencia de Cobertura.

Acerca de este plan

El área de servicio del plan es el condado de Los Angeles, California.

Si desea más información sobre el plan, llame al número gratuito de Servicios para miembros al 1-833-627-8252 (TTY 711) o visite en línea

UCLAHealthMedicareAdvantage.org. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.

Puede visitar UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers para buscar un proveedor de la red o UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy para buscar una farmacia de la red utilizando los directorios en línea. También puede consultar el Formulario de medicamentos del plan en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

UCLA Health Medicare Advantage Plan cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, si acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red, el plan no cubrirá esos servicios.

En el manual “Medicare & You” (Medicare y usted), encontrará información adicional sobre los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como una lista de los planes de salud y de medicamentos disponibles. El manual “Medicare y usted” se envía cada mes de septiembre a los hogares elegibles para Medicare, y puede descargar la copia más reciente del manual en medicare.gov/medicare-and-you. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.

Plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige (HMO)

Prima, deducible y límites

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

Prima mensual del Plan (incluidas las primas de la Parte C y la Parte D, combinadas)	\$39 Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible anual del plan médico	Este plan no tiene deducible por atención médica.
Importe máximo de su bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$1,499 Es lo máximo que pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de los proveedores de la red. Los gastos pagados de su bolsillo por los medicamentos recetados de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.

Beneficios médicos

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

Cobertura de hospital como paciente hospitalizado¹	Copago de \$0 por estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización (por ingreso).	
Cobertura de hospital como paciente ambulatorio¹	Hospital como paciente ambulatorio, incluso cirugías	Copago de \$0
	Servicios de observación en hospital como paciente ambulatorio	Copago de \$0
Cobertura de centro quirúrgico como paciente ambulatorio (CCA)¹	Copago de \$0	
Visita al médico	Proveedor de atención primaria	Copago de \$0
	Especialistas¹	Copago de \$0
	Consultas médicas virtuales	Copago de \$0 para hablar con un proveedor de telesalud de la red en línea a través de audio y video en directo.

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

Beneficios médicos

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

Atención preventiva	Exámenes físicos de rutina	Copago de \$0; 1 por año
	Cubierto por Medicare	Copago de \$0
	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurismas aórticos abdominales • Asesoramiento sobre el abuso en el consumo de alcohol • Visita de bienestar anual • Medición de la masa ósea • Exámenes de detección de cáncer de mama (mamograma) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de problemas cardiovasculares • Exámenes de detección para la prevención del cáncer de cuello uterino y vaginal • Exámenes de detección de cáncer colorrectal y colonoscopia, kit FOBT y FIT • Detección de la depresión • Detección y monitoreo de la diabetes • Exámenes de detección de hepatitis C • Exámenes de detección de VIH • Inmunizaciones • Exámenes de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Servicios de terapia médica nutricional • Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) • Exámenes de detección de problemas de obesidad y asesoramiento • Exámenes de detección de problemas de próstata • Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas las de la gripe, la hepatitis B, la neumonía o la de COVID-19 • Visita de atención preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual. Este plan cubre las pruebas de detección preventivas y los exámenes físicos anuales al 100 % cuando se acude a proveedores de la red.</p>	

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

Beneficios médicos

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

Atención de emergencia	<p>Copago de \$75</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 36 horas, pagará el copago de hospital como paciente hospitalizado en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección “Atención de hospital como paciente hospitalizado” de este folleto para conocer otros costos.</p> <p>Copago de \$75 por atención de urgencia fuera de Estados Unidos por consulta.</p> <p>El copago de la atención de urgencia no se suprime, aunque se le admita en el hospital si recibe atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Se proporciona cobertura mundial hasta \$50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.</p>	
Servicios urgentes necesarios	<p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$15 por servicios urgentes necesarios fuera de Estados Unidos por consulta. Se proporciona cobertura mundial hasta \$50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.</p>	
Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología y radiografías¹	Servicios de radiología de diagnóstico (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT scan))	<p>Copago de \$0 por cada mamograma de diagnóstico</p> <p>Copago de \$10 por MRI o CT</p> <p>Copago de \$50 por PET (tomografía por emisión de positrones)</p>
	Servicios de laboratorio	<p>Copago de \$0</p>
	Pruebas diagnósticas y procedimientos	<p>Copago de \$0</p>
	Radiología terapéutica	<p>Coseguro del 20 %</p>
	Radiografías de paciente ambulatorio	<p>Copago de \$0</p>
Servicios de audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio¹	<p>Copago de \$0</p>
	Examen de rutina de audición²	<p>Copago de \$0; 1 por año</p>
	Aparatos auditivos de rutina² Acceso a una red de profesionales en audición y a una completa selección de modelos de aparatos auditivos. La garantía de tres años del fabricante para todos los aparatos auditivos recetados cubre un período de prueba y los daños o reparaciones durante el período de garantía.	<p>Copagos desde \$195 hasta \$1,395 para una amplia selección de aparatos auditivos</p>

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Beneficios médicos

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

Servicios dentales preventivos²	Preventivos e integrales Sin deducible anual.	Copago de \$0 por servicios preventivos cubiertos, como limpiezas. \$7 a \$410 por servicios integrales cubiertos, como empastes y coronas. \$3 a \$656 de copago por servicios como la sustitución de dentaduras postizas rotas o de piezas faltantes.	
	Servicios de cuidado de la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista¹	Copago de \$0
	Exámenes de rutina de la vista²	Copago de \$0; 1 por año	
	Atención médica de rutina²	Asignación de \$250 para anteojos o lentes de contacto	
	Gafas tras la cirugía de cataratas²	Copago de \$0; \$250 de asignación para un par de anteojos o lentes de contacto por cada ojo	
Servicios de salud mental¹	Consulta como paciente hospitalizado	Copago de \$0 por admisión	
	Consulta de terapia individual ambulatoria (presencial o virtual)	Copago de \$15	
	Consulta de terapia de grupo como paciente ambulatorio	Copago de \$15	
	Consulta virtual de salud mental con un médico	Copago de \$0 por visita de telesalud en directo por video o audio	
Centro de enfermería especializada (SNF)¹	Copago de \$0 por día: días 1 a 20 Copago de \$75 por día: días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.		
Servicios ambulatorios de rehabilitación¹	Consulta de fisioterapia y logopedia	Copago de \$0	
	Consultas por terapia de grupo	Copago de \$0	

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Beneficios médicos

Este plan no cubre los servicios de proveedores fuera de la red, salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de los proveedores de la red.

<p>Ambulancia. Su proveedor debe obtener una autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.</p>	<p>Copago de \$100 para ambulancia terrestre Coseguro del 20 % por ambulancia aérea¹</p>	
<p>Transporte de rutina^{1,2}</p>	<p>24 viajes hacia o desde lugares autorizados relacionados con la salud. Cada trayecto cuenta como un viaje de ida. Se aplican limitaciones y exclusiones.</p>	
<p>Diálisis renal¹</p>	<p>Coseguro del 20 %</p>	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Los gastos compartidos indicados son los máximos que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Puede pagar menos por determinados medicamentos. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada. Para más detalles, consulte su Evidencia de cobertura.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapias¹</p>	<p>Coseguro del 0 % al 20 %</p>
	<p>Insulina cubierta por la Parte B¹</p>	<p>\$0</p>
	<p>Otros medicamentos de la Parte B¹</p>	<p>Coseguro del 0 % al 20 % para todos los demás</p>

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Cobertura de medicamentos con receta

Este plan no cubre los medicamentos con receta de proveedores fuera de la red salvo en situaciones de emergencia o de urgencia. Consulte el Directorio de Farmacias para obtener una lista de las farmacias de la red en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy y la Evidencia de Cobertura en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/eocprestige para obtener más información.

Deducible anual de medicamentos con receta	Este plan no tiene deducible para los medicamentos con receta. Su cobertura comienza en la fase de Cobertura inicial.			
Cobertura inicial	En esta fase, el plan paga la parte del costo que le corresponde y usted paga su copago o coseguro. Usted permanecerá en esta fase hasta que el costo total de sus medicamentos acumulado en todo el año alcance los \$2,000. Luego se pasa a la fase Catastrófica.			
Cobertura de medicamentos con receta	En farmacia minorista		Pedido por correo	
	Suministro para 30 días ³	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Genéricos preferidos:	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: De marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$47	Copago de \$117.50
Nivel 3: Medicamentos de insulina cubiertos	Copago de \$35	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$87.50
Nivel 4: Medicamento no preferido	Coseguro del 45 %	Coseguro del 45 % minorista (con límite de suministro para 90 días)	Coseguro del 45 %	Coseguro del 45 % minorista (con límite de suministro para 90 días)
Nivel 5: De especialidad (Nivel 4)	Coseguro del 33 %	Sin cobertura	Coseguro del 33 %	Sin cobertura
Cobertura catastrófica	Una vez que el total de gastos de su bolsillo alcance los \$2,000, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare durante el resto del año del plan.			
Medicamentos cubiertos adicionales Estos medicamentos no están cubiertos por la Parte D de Medicare y no figuran en la Lista de medicamentos del plan.	Este plan cubre este medicamento adicional como medicamento de Nivel 3. <ul style="list-style-type: none"> Sildenafil (Viagra genérico) 			

³ Los miembros que viven en centros de cuidados de largo plazo pagan lo mismo por un suministro para 31 días que por un suministro para 30 días en una farmacia minorista

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor o vendedor específico del plan, consulte la Evidencia de Cobertura en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/eocprestige para obtener más información.

Beneficio de la acupuntura de rutina²	hasta 12 visitas por año	Copago de \$0
Atención quiropráctica¹	Atención quiropráctica cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)	Copago de \$0
Beneficio de quiropráctica de rutina²	hasta 12 visitas por año	Copago de \$0
Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	Copago de \$0
	Formación para el autocontrol de la diabetes ¹	Copago de \$0
	Calzado terapéutico o plantillas ¹	Copago de \$0
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipos médicos duraderos (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ¹	Coseguro del 50 % para scooters eléctricos Coseguro del 20 % para el resto de los equipos médicos duraderos
	Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) ¹	Coseguro del 0 % para suministros de ostomía Coseguro del 20 % para el resto de los dispositivos
Programa de fitness²	Copago de \$0 por SilverSneakers®, un programa de salud y fitness diseñado para miembros del plan Medicare. Incluye una membresía mensual estándar en un centro de fitness participante, además de clases en línea, talleres y mucho más.	
Cuidado de los pies (servicios de podología)	Exámenes y tratamiento de los pies ¹	Copago de \$0
	Cuidado de rutina de los pies ¹	Copago de \$0
Planificación personalizada de comidas²	Copago de \$0 por servicios en línea de planificación de comidas adaptadas a las necesidades médicas	
Comidas después de recibir el alta^{1,2}	Copago de \$0 por comidas a domicilio inmediatamente después de hospitalizaciones o estancias en centros de enfermería especializada (SNF) con referencias que califiquen.	
Atención médica en casa¹	Copago de \$0	
Hospicio o cuidados paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos de cualquier hospicio aprobado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y los servicios de ayuda de relevo. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, al margen de nuestro plan.	
Evaluación de la seguridad en el hogar^{1,2}	Copago de \$0 por una evaluación de seguridad a domicilio con un terapeuta ocupacional	

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Beneficios adicionales

Algunos beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor específico del plan, consulte la Evidencia de Cobertura del plan en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/eocprestige para obtener más información.

Servicios de asistencia en el hogar^{1,2}	Copago de \$0 por 8 horas al mes de servicios de atención personal en el hogar, como compañía, preparación de comidas, recordatorios de medicación y más, con un cuidador profesional. Se aplican algunas restricciones y limitaciones.	
Conciliación de la medicación a domicilio después de recibir el alta¹	Copago de \$0 por una conciliación de medicación en el hogar después de recibir el alta hospitalaria y de un centro de enfermería especializada con una referencia.	
Servicios del programa de tratamiento de opioides¹	Copago de \$15	
Tratamiento para abuso de sustancias como paciente ambulatorio¹	Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio	Copago de \$15
	Consulta de terapia de grupo como paciente ambulatorio	Copago de \$15
Asignación Flex - Tarjeta Smart Benefits y más²	Asignación de \$650 al año para servicios cubiertos dentales, de cuidado de la vista y de audición. Los beneficios no utilizados no se transfieren.	
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) - Tarjeta Smart Benefits y más²	<p>Asignación de \$100 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC) como analgésicos, remedios para el resfriado y vitaminas en la tienda o por Internet. Los beneficios no utilizados no se transfieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elija entre miles de productos de venta libre de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, dentífricos y mucho más. • Compre en miles de tiendas participantes, incluidas Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de vecindario más cercanas. 	
Apoyo a los cuidadores de los afiliados^{1,2}	Copago de \$0 por tramitación y formación del cuidador	
Sistema personal de respuesta a emergencias^{1,2}	<p>Copago de \$0 por un sistema personal de respuesta a emergencias (PERS).</p> <p>La ayuda está a solo un toque de botón. Un dispositivo PERS puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesita, las 24 horas del día, en cualquier situación.</p>	
Línea directa de enfermería 24/7²	Copago de \$0 para hablar con una enfermera registrada (RN), disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Beneficios especiales suplementarios para enfermos crónicos (SSBCI)

Para poder optar a la cobertura, debe estar inscrito en el plan Prestige, cumplir todos los criterios de cobertura aplicables y padecer una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Cáncer, enfermedad renal terminal, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia y diabetes.

Beneficio de comida sana Tarjeta Smart Benefits y más¹	Asignación mensual de \$30 para alimentos saludables como frutas, verduras, cereales integrales y mucho más, en tiendas de abarrotes seleccionadas. Los beneficios no utilizados no se transfieren.
Kits de comida adaptados a las necesidades médicas¹	13 kits de comida adaptados a las enfermedades crónicas. Cada kit de comida incluye un plan de comidas personalizado e ingredientes para preparar 10 comidas adaptadas a las necesidades médicas.
Modificación de la seguridad en el hogar¹	Asignación anual de \$750 para modificaciones de seguridad en el hogar, que pueden incluir la entrega y la instalación. Los beneficios no utilizados no se transfieren. Se aplican limitaciones y exclusiones.

¹ Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

Información obligatoria

El Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage (HMO) tiene un contrato con Medicare y la inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. El Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage Plan incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse en el Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage, debe tener las Partes A y B de Medicare y residir en el área de servicio del plan, en el condado de Los Angeles. Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y/o restricciones de redes. Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios: además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los miembros del Plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un sistema de calificación de 5 estrellas. La clasificación por estrellas puede variar según el contrato o el mercado. Para el año del plan 2025, el contrato H4647 (HMO) del Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage es demasiado nuevo para ser medido para una clasificación por estrellas.

Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) son beneficios suplementarios especiales para los miembros que reúnen los requisitos necesarios. No todos los miembros cumplen los requisitos. Para poder optar a la cobertura, debe estar inscrito en el plan Prestige, cumplir todos los criterios de cobertura aplicables y padecer

una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Cáncer, enfermedad renal terminal, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca crónica, demencia y diabetes.

El Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, identidad de género, embarazo, orientación sexual, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica a Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

La tarjeta prepagada Mastercard® Smart Benefits & More es emitida por Avidia Bank, bajo licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato de Titular de la Tarjeta. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Las marcas, nombres de productos o marcas comerciales de SilverSneakers pertenecen a sus respectivos propietarios.