

Resumen de beneficios y cobertura

Período de cobertura 01/01/2026 - 31/12/2026

Plan Principal (HMO)

H4647-001

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., horario del Pacífico, 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., horario del Pacífico, 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, 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](https://www.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 Principal (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)	\$0 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)	\$2,499 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 \$200 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 \$100
	Servicios de observación en hospital como paciente ambulatorio	Copago de \$0
Cobertura de centro quirúrgico como paciente ambulatorio (CCA)¹	Copago de \$0	
	Proveedor de atención primaria	Copago de \$0

Visita al médico	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
	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre ellos: • 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 colorrectal¹ y colonoscopia¹, kit FOBT y FIT • Detección de la depresión • 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	

	• Detección y monitoreo de la diabetes • Exámenes de detección de hepatitis C • Exámenes de detección de VIH • Inmunizaciones³	• Visita de atención preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)
	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.	

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

³Su plan no cubre las inmunizaciones que usted reciba para propósitos de viajes, trabajo o escuela.

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	Copago de \$150 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. Copago de \$150 por atención de urgencia fuera de Estados Unidos por consulta. El copago de la atención de emergencia 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.	
	Copago de \$15 Copago de \$50 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.	
Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología y radiografías¹	Servicios de radiología de diagnóstico (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT scan))	Copago de \$0 por cada mamograma de diagnóstico Copago de \$10 por MRI o CT Copago de \$50 por PET (tomografía por emisión de positrones)
	Servicios de laboratorio	Copago de \$0
	Pruebas diagnósticas y procedimientos	Copago de \$0
	Radiología terapéutica	Coseguro del 20 %
	Radiografías de paciente ambulatorio	Copago de \$0
Servicios de audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio¹	Copago de \$0
	Examen de rutina de audición²	Copago de \$0; 1 por año
	Aparatos auditivos de rutina² Hasta 2 aparatos auditivos cada año. Limitado a 1 aparato auditivo cada año.	Copagos desde \$295 hasta \$1,495 para una amplia selección de aparatos auditivos.

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

² Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado 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.

Beneficios dentales de rutina²	Preventivos e integrales Sin deducible anual	Copago de \$0 por servicios preventivos cubiertos, como limpiezas. Copago de \$7 a \$410 por servicios cubiertos, como empastes y coronas. Copago de \$16 a \$656 por servicios como dentaduras postizas, tratamientos radiculares y más
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 \$150 para anteojos o lentes de contacto
	Gafas tras la cirugía de cataratas²	Copago de \$0; asignación de \$150 por ojo para anteojos (cristales y armazones) o lentes de contacto
Servicios de salud mental¹	Consulta como paciente hospitalizado	Copago de \$200 por admisión
	Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio	Copago de \$15
	Consulta de terapia de grupo como paciente ambulatorio	Copago de \$15
Centro de enfermería especializada (SNF)¹	Copago de \$0 por día. Días 1 al 20 Copago de \$100 por día. Días 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos¹	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 del proveedor designado 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.

Ambulancia. Su proveedor debe obtener una autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.	Copago de \$200 para ambulancia terrestre Coseguro del 20 % por ambulancia aérea ¹	
Diálisis renal¹	Coseguro del 20 %	
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.	Medicamentos para quimioterapias¹	Coseguro del 0 % al 20 %
	Insulina cubierta por la Parte B¹	\$0
	Otros medicamentos de la Parte B¹	Coseguro del 0 % al 20 % para todos los demás
Servicios de acupuntura	Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para dolor lumbar Incluye 12 visitas dentro de 90 días. Sesiones adicionales según sean necesarios basado en la necesidad médica. Máximo de 20 visitas anuales.	Copago de \$0
Servicios de quiropráctica	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Copago de \$0

	La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	
--	---	--

¹Puede requerir una referencia y/o autorización previa del 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/resources para obtener más información.				
Deducible anual de medicamentos con receta	El deducible anual de medicamentos con receta de \$250 solo se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.			
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 \$2,100. Luego se pasa a la fase Catastrófica.			
Cobertura de medicamentos con receta	En farmacia minorista		Pedido por correo	
	Suministro para 30 días⁴	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 % (con límite de suministro para 90 días)	Coseguro del 45 %	Coseguro del 45 % (con límite de suministro para 90 días)
Nivel 5: De especialidad	Coseguro del 30 %	Sin cobertura	Coseguro del 30 %	Sin cobertura
Cobertura catastrófica	Una vez que el total de gastos de su bolsillo alcance los \$2,100, 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 tienen cobertura en virtud de Medicare original.	Este plan cubre este medicamento adicional como medicamento de Nivel 2. • Sildenafil (Viagra genérico)
---	--

⁴ 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

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

Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes ¹	Coseguro de 20 % para monitores continuos de glucosa Copago de \$0 para todos los demás suministros diabéticos
	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
Asignación Flex - Tarjeta Smart Benefits y más²	Una asignación de \$500 anuales en la tarjeta Smart Benefits para servicios dentales, de la vista y de la audición con cobertura en instalaciones selectas. Toda asignación sin usar no se transfiere al año siguiente.	
Programa de fitness²	copago de \$0 por un beneficio de Fitness en línea que incluye • clases de fitness virtuales y pregrabadas • recursos educativos • programación personalizada 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
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.	
Atención a domicilio²	Copago de \$0 para 8 horas mensuales de servicios de un cuidador profesional, incluidos compañía, preparación de comidas, recordatorios de medicamentos y más. Se aplican algunas restricciones y limitaciones.	

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

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

²Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado 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/resources para obtener más información.		
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) - Tarjeta Smart Benefits y más²	Una asignación de \$600 cada trimestre en la tarjeta Smart Benefits para productos de venta libre como analgésicos, remedios para la gripe y vitaminas al detalle o en línea. Toda asignación sin usar no se transfiere al trimestre siguiente. • Elija entre miles de productos de venta libre de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, dentífricos y mucho más. • Haga sus compras en miles de tiendas participantes.	
Planificación personalizada de comidas²	Copago de \$0 por servicios en línea de desarrollo de recetas y planificación de comidas adaptadas a las necesidades médicas	
Comidas después de recibir el alta^{1,2}	Copago de \$0 por 28 comidas entregadas a domicilio durante los 30 días después de hospitalizaciones o estancias en centros de enfermería especializada (SNF) con referencias que califiquen.	
Beneficio de la acupuntura de rutina²	hasta 12 visitas por año	Copago de \$0
Beneficio de quiropráctica de rutina²	hasta 12 visitas por año	Copago de \$0
Transporte de rutina²	12 viajes hacia o desde lugares autorizados relacionados con la salud. Cada trayecto cuenta como un viaje de ida. Se aplican limitaciones y exclusiones.	
Telesalud²	Acceso las 24 horas del día los siete días de la semana a consultas médicas virtuales no urgentes con un proveedor con licencia.	

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

²Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el 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 2026, el contrato H4647 (HMO) del Plan de salud UCLA Health Medicare Advantage es demasiado nuevo para ser medido para una clasificación por estrellas.

(Smart Benefits Card) & more Benefits Prepaid Mastercard® la emite Avidia Bank, en virtud de una licencia otorgada por Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeta a los términos y condiciones del Acuerdo del titular de la tarjeta.

© 2025 UCLA Health Medicare Advantage Plan