

El UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, es ofrecido por el UCLA Health Medicare Advantage Plan.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista que se incluye en la contraportada del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos:

- Este material está disponible gratuitamente en español.
- Según la normativa definitiva CMS-4205-F publicada el 4 de abril de 2024, §§ 422.2267 (e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, indique que nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados pertinentes del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. 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. Esta llamada es gratuita.

- Este documento también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille, letra grande, audio).

Acerca del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO)

- El UCLA Health Medicare Advantage Plan es una organización Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en UCLA Health Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere al plan UCLA Health Medicare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan).
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2025, automáticamente se le inscribirá en el UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar el cambio.

Índice

Resumen de los costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios a la cobertura de medicamentos de la Parte D	15
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	21
Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan	22
Sección 3.2 ¿Hay otras fechas en el año para hacer un cambio?.....	23
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	23
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	25
Obtenga ayuda del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan	25
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	25
Obtenga ayuda de Medicare	25

Resumen de los costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1 para obtener más detalles.	\$39	\$45
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles).	\$1,499	\$1,499
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 por visita	\$0 por visita
Estancias hospitalarias como paciente internado Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.		
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles).	\$0	Se aplica un deducible de \$0 a los niveles 1 y 2, y un deducible de \$250 a los niveles 3, 4 y 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	\$0 durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$0 Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual (usted paga un máximo de \$35 por mes por un producto de insulina de este nivel) Nivel de medicamentos 4: Coseguro del 45 %	\$0 durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$0 Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual (usted paga un máximo de \$35 por mes por un producto de insulina de este nivel) Nivel de medicamentos 4: Coseguro del 45 %

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Nivel de medicamentos 5: Coseguro del 33 %	Nivel de medicamentos 5: Coseguro del 30 %
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:
	Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por un beneficio mejorado.	Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por el beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del Plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$39	\$45

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: la prima mensual de su plan será *más* alta si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de por vida en la Parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Recargo por ingresos elevados: si tiene ingresos elevados, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional: La prima mensual de su plan será menor si recibe ayuda adicional para los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 1 para obtener más información sobre la ayuda adicional de Medicare. Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket) por servicios médicos. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se contabilizan en el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos de medicamentos recetados no se contabilizan en el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$1,499	\$1,499 (No hay cambios para el próximo año de beneficios) Una vez que haya pagado \$1,499 de su bolsillo para los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores* para 2026 en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí le indicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org.

- Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un ejemplar del *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias para 2026* UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Aquí le indicamos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actualizada de farmacias o para solicitarnos que le enviemos un ejemplar del *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios a las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Línea directa de enfermería 24/7	Copago de \$0 para hablar con una enfermera registrada (RN), disponible 24 horas al día, 7 días a la semana ¹	Sin cobertura. Consulte los detalles del nuevo Beneficio de telesalud.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Instrucción para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos ²	Copago de \$0	Coseguro de 20 % para monitores continuos de glucosa Copago de \$0 para todos los demás suministros para diabéticos
Asignación Flex Smart Benefits Card &more	Asignación de \$650 al año para utilizar en servicios dentales y oftalmológicos cubiertos a través de la mayoría de los proveedores, y servicios para la audición a través de los proveedores de TruHearing. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren ¹	Asignación de \$700 al año para servicios dentales cubiertos, de cuidado de la vista y de audición. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren ¹
¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan		
² Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan		
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	Copago de \$0 para un sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	Sin cobertura. Recibirá información adicional por correo sobre las opciones disponibles si actualmente utiliza este servicio
Conciliación de la medicación después de recibir el alta	Copago de \$0 por una conciliación de medicación en el hogar después de recibir el alta hospitalaria y de un centro de enfermería	Sin cobertura

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	especializada con una referencia.	
Apoyo a los cuidadores de los afiliados*	Copago de \$0 por asistencia para cuidadores y 8 horas al año de ayuda de relevo.	Sin cobertura
Beneficio Telehealth	Sin cobertura	Acceso las 24 horas del día los siete días de la semana a consultas médicas virtuales no urgentes con un proveedor con licencia ¹

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Beneficio de alimentos saludables Smart Benefits Card &more ¹	Asignación mensual de \$30 para alimentos saludables como frutas, verduras, cereales integrales y mucho más, en tiendas de abarrotes seleccionadas cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Las asignaciones no utilizadas no se transfieren Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) son beneficios	Asignación mensual de \$40 para alimentos saludables como frutas, verduras, cereales integrales y mucho más, en tiendas de abarrotes seleccionadas cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Las asignaciones no utilizadas no se transfieren
---	---	--

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	suplementarios especiales para los miembros que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen los requisitos. Para poder optar a la cobertura, es necesario estar inscrito en el plan Prestige, cumplir con todos los criterios de elegibilidad aplicables, y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, enfermedad renal terminal (ERT), accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia y diabetes	Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles a los miembros del Prestige Plan que reúnen los requisitos. Para ser elegible, debe completar el Cuestionario de Evaluación de la Salud, cumplir todos los criterios de cobertura y padecer una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener un padecimiento no garantiza la elegibilidad, ya que se aplican otros criterios.

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Evaluación de seguridad en el hogar	Copago de \$0 por una evaluación de seguridad en el hogar con un terapeuta ocupacional a través del proveedor Jukebox Health ¹	Copago de \$0 para una evaluación de seguridad en el hogar al año cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para
--	--	--

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		enfermos crónicos (SSBCI) a través del proveedor Periscope¹. Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles a los miembros del Prestige Plan que reúnen los requisitos. Para ser elegible, debe completar el Cuestionario de Evaluación de la Salud, cumplir todos los criterios de cobertura y padecer una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener un padecimiento no garantiza la elegibilidad, ya que se aplican otros criterios.

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Modificación de seguridad en el hogar Smart Benefits Card &more ¹	Asignación anual de \$750 para modificaciones de seguridad en el hogar, que pueden incluir la entrega y la instalación, cuando se	Asignación anual de \$750 para modificaciones de seguridad en el hogar en la tarjeta Smart
---	---	---

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) a través del proveedor Jukebox Health. Las asignaciones sin usar no se transfieren al año siguiente. Se aplican limitaciones y exclusiones. Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) son beneficios suplementarios especiales para los miembros que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen 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 (ERT), accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia y diabetes	Benefits cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Las asignaciones sin usar no se transfieren al año siguiente. Se aplican limitaciones y exclusiones. Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles a los miembros del Prestige Plan que reúnen los requisitos. Para ser elegible, debe completar el Cuestionario de Evaluación de la Salud, cumplir todos los criterios de cobertura y padecer una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener un padecimiento no garantiza la

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		elegibilidad, ya que se aplican otros criterios.

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Kits de comida adaptados a las necesidades médicas	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 cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) ¹ Los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) son beneficios suplementarios especiales para los miembros que reúnen los requisitos. No todos los miembros reúnen 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:	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 cuando se cumplen los criterios de elegibilidad para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) ¹ Los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles para los miembros elegibles del Plan Prestige. Para ser elegible, debe completar el Cuestionario de Evaluación de la Salud, cumplir todos los criterios de cobertura y
---	---	---

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	cáncer, enfermedad renal terminal (ERT), accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia y diabetes.	padecer una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: Enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener un padecimiento no garantiza la elegibilidad, ya que se aplican otros criterios.

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

Sección 1.6 Cambios a la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. **Usted puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel de participación de costos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel diferente de participación de costos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos y entran en vigor al inicio de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la Lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al inicio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, podremos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los sustituimos por nuevos genéricos o determinadas versiones biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original en el mismo nivel de participación de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, al añadir una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de participación de costos diferente o añadir nuevas restricciones o ambas cosas.

Por ejemplo: Si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que va a ser sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba la notificación del cambio con 30 días de antelación, o antes de recibir el suministro mensual del medicamento de marca o del producto biológico. Es posible que reciba información sobre el cambio específico después de que ya se haya realizado.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA en: www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o solicitar más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un material separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si recibe ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas del pago de medicamentos

Hay **tres etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa de interrupción de la cobertura y el Programa de descuento por interrupción de la cobertura ya no existen en los beneficios de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde. Por lo general, usted permanecerá en esta fase hasta que el costo total de sus medicamentos acumulado en todo el año alcance los \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para la interrupción de la cobertura ha sido sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta a efectos de los gastos de su bolsillo.

Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Deducible de \$250 Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos de los niveles 1 y 2. El monto deducible anual se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 con coseguro hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con participación en los costos Standard y Preferred.

La mayoría de las vacunas de la parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos para un suministro de largo plazo o para recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos:	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos genéricos:	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos de marca preferidos:	Copago de \$47	Copago de \$47
Medicamentos no preferidos	45 % del costo total	45 % del costo total
Medicamentos del nivel de especialidad	33 % del costo total	30 % del costo total

Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Pagar con tarjeta de crédito o débito en el portal para miembros MyChart	Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de la prima mensual de su plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D pueden realizarse mediante	Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de su prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D pueden retirarse

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	tarjeta de crédito, tarjeta de débito, ApplePay o GooglePay en el Portal para miembros (MyChart) sin costo alguno. Si no tiene una cuenta en el Portal para los miembros (MyChart), puede pagar como Visitante. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. Por lo general, utilizaremos la forma de pago seleccionada para cobrarle el día 1 de cada mes. Para elegir esta opción, póngase en contacto con Servicios para los miembros. Nos dará mucho gusto poder explicarle esta opción.	automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros, mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito, ApplePay o GooglePay en el Portal para miembros (MyChart) sin costo alguno. Si no tiene una cuenta en el Portal para los miembros (MyChart), puede pagar como Visitante. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. Por lo general, utilizaremos la forma de pago seleccionada para cobrarle el día 1 de cada mes. Para elegir esta opción, póngase en contacto con Servicios para los miembros. Nos dará mucho gusto poder explicarle esta opción.
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y que puede ayudarle a administrar sus gastos	Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	de su bolsillo por medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos durante el año calendario (enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov
Comidas después de recibir el alta	Copago de \$0 por 28 comidas a domicilio inmediatamente después de hospitalizaciones o estancias en centros de enfermería especializada (SNF) con referencias que califiquen a través del proveedor GA Foods ¹	Copago de \$0 por 28 comidas a domicilio inmediatamente después de hospitalizaciones o estancias en centros de enfermería especializada (SNF) con referencias que califiquen a través del proveedor Rx Diet ^{1,2}

¹ Los beneficios están disponibles exclusivamente a través de los proveedores designados por el plan

² Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original

antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

Si desea cambiar sus planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, Consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, UCLA Health Medicare Advantage Plan ofrece otro plan de salud de Medicare. El otro plan puede tener una cobertura diferente, primas mensuales diferentes y montos de participación de costos diferentes.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse al Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otras fechas en el año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o están por dejar la cobertura de su empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente en una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir la Ayuda Adicional para pagar los gastos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deberán de llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina estatal de Medicaid.

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** California tiene un programa llamado California Rx Card que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Ayuda para la participación de costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso presentar comprobante de residencia en el estado y condición del VIH, presentar un comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y demostrar la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda de participación de costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de California (ADAP, en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si está inscrito actualmente, cómo llamar para obtener ayuda, llame al 1-844-421-7050. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El plan de pago de recetas de Medicare** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos durante el año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas, en horario de 8:00 a. m. a 8:00 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su Evidencia de Cobertura 2026**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* en 2026 para el UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se conoce como California Rx Card.

Llame a California Rx Card para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros médicos. Pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. Llame a California Rx Card al 1-800-726-4232.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Converse en vivo (vía Chat) con personal de Medicare en www.Medicare.gov**

Usted puede conversar en vivo con personal de Medicare en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Visite www.Medicare.gov

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones Star de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su zona.

- **Lea *Medicare & You 2026* (*Medicare y usted 2026*)**

El manual *Medicare & You 2026* se les envía por correo en el otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Información obligatoria:

El UCLA Health Medicare Advantage Plan (HMO) tiene un contrato con Medicare y la inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. El UCLA Health Medicare Advantage Plan incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse en el 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.

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, incluida la participación de costos 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.

Las marcas, nombres de productos o marcas comerciales RxDiet, Jukebox Health, Periscope, TruHearing y GA Foods pertenecen a sus respectivos propietarios. 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.

© 2025 UCLA Health Medicare Advantage Plan