

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO) ofrecido por UCLA Health Medicare Advantage Plan

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de 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 une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o consulte la lista que se incluye en la contraportada del manual *Medicare y Usted 2027*.
- 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 al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible gratuitamente en español.
- Llame al Departamento de Servicios para 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). Para obtener este documento en un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Acerca de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

- UCLA Health Medicare Advantage Plan (HMO) tiene un contrato con Medicare y la inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

- Cuando en este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere al plan UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.
- **Si no actúa antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO). Consulte la sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar el cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de los costos importantes para 2027		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	6
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	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	12
Sección 1.7	Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 2	Cómo cambiar de plan	15
Sección 2.1	Fechas límite para cambiar de plan	15
Sección 2.2	¿Hay otras fechas en el año para hacer un cambio?	16
SECCIÓN 3	Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 4	¿Tiene preguntas?	17
	Obtenga ayuda de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan	17
	Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
	Obtenga ayuda de Medicare	18

Resumen de los costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$45	\$45
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 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
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye varias hospitalizaciones para pacientes internados, como atención intensiva, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa con una orden del médico y termina el día antes de ser dado de alta.	\$0 por estadía	\$0 por estadía
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 1.7 para obtener más detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D 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 los productos de insulina	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D Se aplica un deducible de \$0 a los niveles 1 y 2, y un deducible de \$300 a los niveles 3, 4 y 5, excepto los productos de

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D	insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D
	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:
	Nivel de medicamentos 1: \$0	Nivel de medicamentos 1: \$0
	Nivel de medicamentos 2: \$0	Nivel de medicamentos 2: \$0
	Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual.	Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual.
	Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamentos 4: 45% de coseguro	Nivel de medicamentos 4: 27% de coseguro
	Nivel de medicamentos 5: 30% de coseguro	Nivel de medicamentos 5: 30% de coseguro
	Etapa de cobertura catastrófica:	Etapa de cobertura catastrófica:
	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 nuestro 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 nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B).	\$45	\$45 (No hay cambios para el próximo año de beneficios)

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

- Multa por inscripción tardía - su prima mensual del 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 un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda Adicional (Extra Help) - su prima mensual del plan será *menor* si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) para los costos de medicamentos. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare.

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 este monto, por lo general no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (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. La prima de nuestro plan y sus costos de medicamentos recetados	\$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 de la Parte A y la Parte B, no

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
no se contabilizan en el monto máximo que paga de su bolsillo.		pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B 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* de 2027 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 al Departamento de Servicios para 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 al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un periodo de inscripción especial si su proveedor sale de la red del plan. 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* de 2027 en 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 al Departamento de Servicios para 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 al Departamento de Servicios para 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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare)	\$0 copago por hasta 12 visitas por año a través del proveedor contratado por el plan, WholeHealth Living.	\$0 copago por hasta 12 visitas por año a través del proveedor contratado por el plan, American Specialty Health Group (ASH). Los servicios pueden estar sujetos a revisión por necesidad médica. Consulte los materiales de su plan 2027 para localizar un proveedor de la red ASH.
Servicios quiroprácticos (de rutina/ no cubiertos por Medicare)	\$0 copago por hasta 12 visitas por año a través del proveedor contratado por el plan, WholeHealth Living.	\$0 copago por hasta 12 visitas por año a través del proveedor contratado por el plan, American Specialty Health Group (ASH). Los servicios pueden estar sujetos a revisión por necesidad médica. Consulte los materiales de su plan 2027 para localizar un proveedor de la red ASH.
Servicios dentales (de rutina/ no cubiertos por Medicare)	\$0 copago por servicios de diagnóstico y prevención cubiertos, como limpiezas, exámenes, fluoruro y radiografías.	\$0 copago por servicios de diagnóstico y prevención cubiertos, como limpiezas, exámenes, fluoruro y radiografías.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	- Copago de \$7 a \$410 por servicios de restauración y endodoncia cubiertos, como empastes, coronas y endodoncias. \$0 a \$130 de copago por servicios periodontales, como el tratamiento de enfermedad de las encías. - Copago de \$16 a \$656 por servicios de prostodoncia como dentaduras postizas. - Copago de \$3 a \$152 por servicios de cirugía oral como extracciones. \$0 a \$64 de copago por servicios complementarios como cuidados paliativos, anestesia local y general.	Copago de \$7 a \$410 por servicios de restauración y endodoncia cubiertos, como empastes, coronas y endodoncias. \$0 a \$130 de copago por servicios periodontales, como el tratamiento de enfermedad de las encías. Copago de \$16 a \$656 por servicios de prostodoncia como dentaduras postizas. Copago de \$3 a \$152 por servicios de cirugía oral como extracciones. \$0 a \$18 de copago por servicios complementarios como cuidados paliativos, anestesia local y general. Hemos actualizado la lista de procedimientos dentales cubiertos. Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las limitaciones del plan.
Asignación Flex Smart Benefits Card &more	Asignación de \$700 al año en su Tarjeta de Beneficios Smart y otros beneficios para pagar los servicios dentales, de cuidado de la vista y de	Asignación de \$275 al año en su Tarjeta de Beneficios Smart y otros beneficios para pagar los servicios dentales, de cuidado de la

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	audición cubiertos en ubicaciones permitidas. Las asignaciones sin usar no se transfieren al año siguiente.	vista y de audición cubiertos en ubicaciones permitidas. Las asignaciones sin usar no se transfieren al año siguiente.
Servicios auditivos (de rutina/no cubiertos por Medicare) - Audífonos	Hasta dos (2) audífonos del Catálogo TruHearing cada 1 año (límite de 1 audífono por oído) Copago de \$195 por audífono para audífonos básicos; copago de \$595 por audífono para audífonos estándar; copago de \$995 por audífono para audífonos avanzados o copago de \$1,395 por audífono para audífonos premium	Hasta dos (2) audífonos del Catálogo TruHearing cada 2 años (límite de 1 audífono por oído) Copago de \$195 por audífono para audífonos básicos; copago de \$595 por audífono para audífonos estándar; copago de \$995 por audífono para audífonos avanzados o copago de \$1,395 por audífono para audífonos premium
Servicios de atención domiciliaria	\$0 copago por hasta 8 horas al mes de servicios de cuidado personal en el hogar, como compañía, preparación de comidas, recordatorios de medicamentos y más con un cuidador profesional. Las horas no utilizadas no se transfieren al mes siguiente.	\$0 copago por hasta 72 horas al año de servicios de cuidado personal en el hogar, como compañía, preparación de comidas, recordatorios de medicamentos y más con un cuidador profesional. Las horas no utilizadas no se transfieren al año siguiente.
Telemedicina	\$0 de copago por servicios de telesalud adicionales cubiertos más allá de Medicare Original, incluido el proveedor de atención primaria (PCP), servicios especializados y servicios urgentes necesarios. No se requiere autorización previa ni derivación para los servicios de telesalud.	\$0 de copago por servicios de telesalud adicionales cubiertos más allá de Medicare Original, incluidos PCP, servicios especializados, servicios urgentes necesarios y servicios de otros profesionales de la salud. Puede ser necesaria una autorización previa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
		Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.
Transporte (de rutina)	\$0 copago por hasta 24 viajes de ida a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Cada viaje cuenta como un viaje de ida, y cada viaje de ida no puede exceder las 30 millas.	\$0 copago por hasta 24 viajes de ida a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Cada viaje cuenta como un viaje de ida, y cada viaje de ida no puede exceder las 40 millas.
Cuidado de la vista - Gafas después de la cirugía de cataratas	Copago de \$0 para un beneficio máximo de una asignación de \$150 por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas, ofrecido a través del proveedor designado por el plan, EyeMed.	\$0 copago por anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas ofrecida a través del consultorio de su PCP. Es posible que se requiera una autorización previa o una derivación para anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.

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 publica una copia de nuestra Lista de medicamentos en línea en uclahealthmedicareadvantage.org/formulario.

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 distribución 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 distribución 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 al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

¿Recibe Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, como Ayuda Adicional (Extra Help), **es posible que la información sobre los costos de medicamentos de la Parte D no sea aplicable 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 (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados), que le informa sobre los costos de medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2026, llame

al Departamento de Servicios para 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 **3 etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica.

- **Etapas 1: Deducible anual**

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de medicamentos de los niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos de especialidad) hasta alcanzar el deducible anual.

- **Etapas 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 los costos totales de medicamentos acumulados en todo el año alcancen los \$2,400.

- **Etapas 3: Cobertura catastrófica**

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

Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	\$250 deducible Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos por los medicamentos de los niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos de los	\$300 deducible Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos por los medicamentos de los niveles 1 (medicamentos genéricos preferidos), 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos de

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos de especialidad) hasta alcanzar el deducible anual.	los niveles 3 (medicamentos de marca preferidos), 4 (medicamentos no preferidos) y 5 (medicamentos de especialidad) hasta alcanzar 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.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Compruebe si sus medicamentos pasarán a un nivel diferente consultando la lista de medicamentos. 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 a largo plazo o para recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos:	\$0 copago	\$0 copago
Medicamentos genéricos:	\$0 copago	\$0 copago
Medicamentos de marca preferidos:	\$47 copago	\$47 copago
Medicamentos no preferidos:	45% del costo total	27% del costo total
Medicamentos del nivel de especialidad:	30% del costo total	30% del costo total

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare 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 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos por separado de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y se le dará de baja automáticamente de 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 al Departamento de Servicios para 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 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare y Usted 2027*, 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 distribución de costos diferentes.

Sección 2.1 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 2027 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 2027.

Sección 2.2 ¿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 (Extra Help) 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 atención de enfermería especializada o un hospital de atención 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 3 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 (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de 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 deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina estatal de Medicaid.

- **Ayuda para la distribución de costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (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 Medicare Part D que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda de distribución de costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP). 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 Medicare Part D o el número de póliza.
- **El Medicare Prescription Payment Plan.** El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo 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. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. Usted no deberá enviar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de medicamentos.**

La Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Medicare Prescription Payment Plan. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252. (los usuarios de TTY pueden llamar al 711.)**
Estamos disponibles para llamadas telefónicas, 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2027***

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2027* para UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO). 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 al Departamento de Servicios para 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**

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 Seguros Médicos (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP).

Llame a Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) 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 Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP), visite aging.ca.gov/hicap/ o healthcarerights.org en el condado de Los Angeles.

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 con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede conversar en vivo con [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

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

- **Lea Medicare y Usted 2027**

El manual *Medicare y Usted 2027* 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 [Medicare.gov](https://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:

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

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 distribución de costos que se aplica a los servicios fuera de la red.

Las marcas, nombres de productos o marcas comerciales American Specialty Health Group, Inc. (ASH), Delta Dental, TruHearing, EyeMed y Smart Benefits Card, entre otras, pertenecen a sus respectivos propietarios.

El acceso a los servicios de atención médica especializada es proporcionado por American Specialty Health Group, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated.

SilverSneakers® es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La tarjeta prepagada Mastercard® Smart Benefits y más beneficios es emitida por Avidia Bank, bajo licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.

© 2026 UCLA Health Medicare Advantage Plan