UCLA Health | Medicare ADVANTAGE PLAN

Resumen de beneficios y cobertura

Período de cobertura 01/01/2027 – 12/31/2027
Prestige Plan (HMO)
H4647-002

Este resumen de beneficios y cobertura es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones aplicables. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llame al Departamento de 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 del Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (TTY al 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 dentro de la red utilizando los directorios en línea. También puede consultar el Formulario de medicamentos del plan en **uclahealthmedicareadvantage.org/formulary** para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

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

En el manual “Medicare y Usted”, encontrará información adicional sobre los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como una lista de los planes de salud y de medicamentos disponibles. El manual “Medicare y Usted” se envía cada mes de septiembre a los hogares elegibles para Medicare, y puede descargar la copia más reciente del manual en **Medicare.gov/medicare-and-you**. Véalo en línea en **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.

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (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 dentro de la red.	
Primas mensual del plan (incluidas las primas de la Parte C y la Parte D, combinadas)	**$45** Debe continuar pagando su prima de Medicare Part B.
Deducible anual del plan médico	Este plan no tiene deducible por atención médica.
Monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	**$1,499** Es lo máximo que pagará de su bolsillo cada año por los suministros y servicios 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 este monto.

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 dentro de la red.		
Cobertura hospitalaria para pacientes internados*	$0 de copago por estadía Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización (por ingreso).	
Cobertura hospitalaria como paciente externo*	Hospital como paciente ambulatorio, incluso cirugías	$0 de copago
	Servicios de observación hospitalaria como paciente	$0 de copago
Cobertura de centro quirúrgico como paciente externo (ASC)*	$0 de copago	

* 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 dentro de la red.

Visitas al médico	Proveedor de atención primaria	$0 de copago
	Especialistas*	$0 de copago
	Consultas médicas virtuales	$0 de copago para hablar con un proveedor de telesalud de la red en línea a través de audio y video en directo.
Atención preventiva	Exámenes físicos de rutina	$0 copago; 1 por año
	Servicios preventivos cubiertos por Medicare	$0 de copago
	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 • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de problemas cardiovasculares • Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal* y colonoscopia*, kit para la prueba de sangre oculta en las heces (Fecal Occult Blood Test (FOBT)) y prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test (FIT)) • Detección de la depresión • Detección y monitoreo de la diabetes • Exámenes de detección de hepatitis C • Exámenes de detección de HIV • Inmunizaciones** • Examen de detección de 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 consumir tabaco • Vacunas, incluidas las de la gripe, la hepatitis B, la neumonía o la de COVID-19 • Visita de atención preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) 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 dentro de la red.	

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

** Su 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 dentro de la red.		
Atención de emergencia	\$75 de copago 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 hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer otros. \$75 de copago por atención de emergencia 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 emergencia fuera de Estados Unidos. Se proporciona cobertura mundial de hasta \$50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.	
Servicios urgentes necesarios	\$15 de copago \$15 de copago por servicios urgentes necesarios fuera de Estados Unidos por consulta. Se proporciona cobertura mundial de hasta \$50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.	
Pruebas diagnósticas, servicios de laboratorio y radiología y radiografías*	**Servicios de radiología de diagnóstico (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT))**	\$0 copago por cada mamografía de diagnóstico \$10 copago por MRI o CT \$50 copago por PET (tomografía por emisión de positrones)
	Servicios de laboratorio	\$0 de copago
	Pruebas diagnósticas y procedimientos	\$0 de copago
	Radiología terapéutica	20% de coseguro
	Radiografías de pacientes externos	\$0 de copago
Servicios de audición	**Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio***	\$0 de copago
	Examen de rutina de audición†	\$0 copago; 1 por año
	Aparatos auditivos de rutina† Hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años. Limitado a 1 aparato auditivo cada año.	Copagos por audífono: \$195 Básico /\$595 Estándar / \$995 Avanzado /\$1,395 Premium

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

† 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 dentro de la red.		
Servicios dentales	**Servicios dentales que forman parte del tratamiento de una afección médica***	$0 de copago
	Odontología de rutina: preventiva e integral† Sin deducible anual o máximo del plan.	$0 copago por servicios preventivos cubiertos, como limpiezas. $7 a $410 copago por servicios cubiertos, como empastes y coronas. $16 a $656 copago por servicios como dentaduras postizas, tratamientos radiculares y mucho más. Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las limitaciones del plan.
Cuidado de la visión	**Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista***	$0 de copago
	Exámenes de rutina de la vista†	$0 de copago; 1 por año
	Anteojos de rutina†	Asignación de $250 para anteojos o lentes de contacto por año
	Anteojos tras la cirugía de cataratas*	$0 de copago
Servicios de salud mental*	**Consulta como paciente internado**	$0 de copago por ingreso
	Consulta de terapia individual como paciente externo	$15 de copago
	Consulta de terapia de grupo como paciente externo	$15 de copago
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)*	$0 de copago por día: 1 - 20 días $75 de copago por día: 21 - 100 días Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos*	**Consulta de fisioterapia, logopedia y terapia del lenguaje**	$0 de copago
	Consultas por terapia ocupacional	$0 de copago

* Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan
† 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 dentro de la red.		
Ambulancia Su proveedor debe obtener una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.	$100 de copago por tierra 20% de coseguro aéreo	
Transporte (de rutina)†	24 viajes hacia o desde lugares autorizados relacionados con la salud. Cada viaje cuenta como de ida y cada viaje de ida no puede exceder las 40 millas.	
Medicamentos recetados de Medicare Part B La distribución de costos indicada es lo máximo que pagará por los medicamentos recetados 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 quimioterapia***	0% - 20% de coseguro
	Insulina cubierta por la Parte B*	$0 de copago
	Otros medicamentos de la Parte B*	0% - 20% de coseguro para todos los demás

† Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan

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

Cobertura para medicamentos con receta

Este plan no cubre los medicamentos recetados de farmacias fuera de la red salvo en situaciones de emergencia o urgencia. Consulte el Directorio de Farmacias para obtener una lista de las farmacias dentro 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 $300 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 $2,400. Luego se pasa a la fase Catastrófica.			
Cobertura de medicamentos por nivel	**En farmacia minorista**		**Pedido por correo**	
	Suministro para 30 días††	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1: Genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2: Genéricos	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3: Marca preferida	$47 de copago	$141 de copago	$47 de copago	$117.50 de copago
Nivel 3: Medicamentos de insulina cubiertos	$35 de copago	$105 de copago	$35 de copago	$87.50 de copago
Nivel 4: Medicamento no preferido	27% coseguro	27% coseguro (con límite de suministro para 90 días)	27% coseguro	27% coseguro (con límite de suministro para 90 días)
Nivel 5: Nivel de especialidad	30% coseguro	sin cobertura	30% coseguro	sin cobertura
Cobertura catastrófica	Una vez que el total de gastos de su bolsillo alcance los $2,400, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Medicare Part D 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. • Sildenafilo (Viagra genérico)			

†† Los miembros que viven en centros de atención a 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 designado por el plan. Consulte la nota al pie y la Evidencia de Cobertura del plan en uclahealthmedicareadvantage.org/para obtener más información.		
Servicios de acupuntura	**Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para dolor lumbar*** Incluye 12 visitas en 90 días. Sesiones adicionales según sea necesario basado en la necesidad médica. Máximo de 20 visitas anuales	$0 de copago
	Beneficio de acupuntura de rutina† Hasta 12 visitas por año Puede estar sujeto a revisión por necesidad médica.	$0 de copago
Servicios de quiropráctica	**Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare*** La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	$0 de copago
	Beneficio de quiropráctica de rutina† Hasta 12 visitas por año Puede estar sujeto a revisión por necesidad médica.	$0 de copago
Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes*	Coseguro de 20% para monitoreo continuo de glucosa copago de $0 para todos los demás suministros para el control de la diabetes
	Entrenamiento para la autogestión de la diabetes*	$0 de copago
	Calzado terapéutico o plantillas*	$0 de copago
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (DME) (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)*	Coseguro de 50% para scooters eléctricos Coseguro del 20% para el resto de los equipos médicos duraderos (DME)
	Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)*	Coseguro del 0% para suministros de ostomía 20% coseguro para todos los demás dispositivos y suministros

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

† Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan

Beneficios adicionales Algunos beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan. Consulte la nota al pie y la Evidencia de Cobertura del plan en uclahealthmedicareadvantage.org/para obtener más información.		
Beneficio de acondicionamiento físico†	Copago de $0 para el beneficio de bienestar SilverSneakers®, el cual incluye una membresía mensual estándar en un centro de fitness participante, clases en línea, talleres y mucho más.	
Asignación Flex - Tarjeta Smart Benefits y mucho más†	Una asignación de $275 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.	
Cuidado de los pies (servicios de podología)*	Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare, y cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas.	$0 de copago
Atención médica a domicilio*	$0 de copago	
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.	
Servicios de atención domiciliaria†	Copago de $0 para 72 horas anuales de servicios de un cuidador profesional, incluidos compañía, preparación de comidas, recordatorios de medicamentos y mucho más. Se aplican algunas restricciones y limitaciones.	
Servicios del programa de tratamiento de opioides*	$15 de copago	
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos*	Consulta de terapia individual como paciente externo	$15 de copago
	Consulta de terapia de grupo como paciente externo	$15 de copago
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC) - Tarjeta Smart Benefits y mucho más†	Una asignación de $100 cada 3 meses en la tarjeta Smart Benefits para productos de venta libre (OTC) como analgésicos, remedios para la gripe y vitaminas en tienda o en línea. Toda asignación sin usar no se transfiere al trimestre siguiente.	
Planificación personalizada de comidas†	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*,†	Copago de $0 por 28 comidas entregadas a domicilio durante los 30 días después de hospitalizaciones o estancias en centros de atención de enfermería especializada (SNF) con referencias que califiquen	

† Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan

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

Beneficios adicionales Algunos beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan. Consulte la nota al pie y la Evidencia de Cobertura del plan en uclahealthmedicareadvantage.org/para obtener más información.	
Diálisis renal*	Coseguro de 20% para diálisis cubierta por Medicare.
Telemedicina†	Acceso las 24 horas del día los 7 días de la semana a consultas médicas virtuales que no son de emergencia con un proveedor de cuidado de salud licenciado.

* Puede requerir una referencia y/o autorización previa del plan
† Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan

Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) 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 la Evaluación de riesgo de la salud 2027, tener un alto riesgo de hospitalización, requerir el apoyo de administración de salud adicional, y padecer una o más de las afecciones crónicas: Enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener una afección no garantiza la elegibilidad, ya que se aplican otros criterios.	
Tarjeta Smart Benefits de Healthy Food Benefit y mucho más†	Asignación mensual de $40 en la tarjeta Smart Benefits para alimentos saludables como frutas, verduras, cereales integrales y mucho más, en tiendas de abarrotes seleccionadas. Toda asignación sin usar no se transfiere al mes siguiente.
Evaluación de seguridad en el hogar†	Copago de $0 para una evaluación de seguridad en el hogar.
Modificación de seguridad en el hogar Tarjeta Smart Benefits y mucho más†	Una asignación de $750 anuales en la tarjeta Smart Benefits para modificación de seguridad en el hogar. Toda asignación sin usar no se transfiere al año siguiente.
Kits de comida adaptados a las necesidades médicas†	Entrega a domicilio de kits de comida semanales de hasta 13 semanas, adaptados a las afecciones crónicas. Cada kit de comida incluye un plan de comidas personalizado e ingredientes para preparar 10 comidas adaptadas a las necesidades médicas.

† Los beneficios están disponibles exclusivamente a través del proveedor designado por el plan

Información obligatoria
UCLA Health Medicare Advantage Health 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 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 Medicare Part B.**

Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y/o restricciones de la red. 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, incluida la distribución de costos que se aplica a los servicios fuera de la red.

La tarjeta prepagada Mastercard® Benefis & more la emite Avidia Bank, en virtud de una licencia otorgada por Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Acuerdo del titular de la tarjeta. Recibirá un PIN al momento de la activación.

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

© 2026 UCLA Health Medicare Advantage Plan