

COMMUNITY FIRST

MEDICARE

D-SNP

2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN DE SU PLAN

Community First
Medicare Advantage
Dual Eligible Special Needs Plan D-SNP
(HMO D-SNP) H5447-002



Vea adentro para aprovechar los beneficios, servicios y coberturas de medicamentos que ofrece el plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros o vaya en línea para obtener más información sobre el plan.

Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-833-434-2347

Los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

(1 de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

(1 de abril - 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre

TTY 711

(24 horas al día/7 días de la semana)

Atascosa • Bandera • Bexar • Comal • Guadalupe • Kendall • Medina • Wilson

MedicareAlamo.com

Resumen de beneficios

La información de beneficios proporcionada en este resumen enumera lo que Community First Health Plans, Inc. cubre y lo que usted paga. El resumen no enumera todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones dentro del plan. La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de los servicios del plan Medicare Advantage que cubrimos. Puede verlo en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Cuando se inscriba en el plan, recibirá información que le indica dónde puede conectarse en línea para ver su Evidencia de Cobertura.

Información sobre este plan

Community First Health Plans es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para inscribirse en el **Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)**, debe vivir dentro de nuestra área de servicio que se indica a continuación, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos.

Este plan es un plan de doble elegibilidad para necesidades especiales D-SNP (HMO D-SNP) para personas que tienen Medicare y Medicaid. Como miembro de un plan D-SNP, no paga nada por los servicios médicos cubiertos. La cantidad que cubre Medicaid depende de sus ingresos, los recursos disponibles y otros factores. Puede inscribirse en el **Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)** si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y está inscrito en el programa Medicaid por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Los miembros inscritos en el programa Medicaid por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas son Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o Beneficiarios Calificados de Medicare - Plus (QMB +).

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson.

Proveedores y farmacias de la red Community First Health Plans

Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) utiliza una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de servicios. Este plan requiere que elija un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) dentro de la red. Su PCP puede ayudarlo a manejar la mayoría de sus necesidades de atención médica y a ser responsable de coordinar su atención. Si necesita ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red, en algunos casos, es posible que deba obtener una recomendación de su PCP. Antes de seleccionar su PCP, Community First Health Plans le sugiere a averiguar qué especialistas, hospitales y otros proveedores de cuidado médico probablemente le recomendaría su PCP para recibir atención. Si usa proveedores o farmacias que no están en la red de Community First Health Plans, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, y usted puede tener que pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

Puede ir en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) para buscar un proveedor o farmacia de la red Community First utilizando los directorios en línea de Medicare Advantage. También puede ver la lista de medicamentos del plan (denominado el formulario) para ver qué medicamentos están cubiertos y si existen restricciones.

Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

| Primas y beneficios | Dentro de la red |
|---|---|
| Prima mensual del plan | No hay prima mensual para este plan. |
| Deducible anual - Parte C (médico) | No hay deducible de salud para este plan. |
| Deducible anual - Parte D (medicamentos) | Hay un deducible anual de \$545 para medicamentos. |
| Monto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | <p>\$8,850 al año por servicios cubiertos por Medicare que reciba de proveedores dentro de la red.</p> <p>Los niveles QMB y QMB + de Texas Medicaid no pagarán nada por los servicios cubiertos por Medicare. Consulte la sección de Medicaid de Texas para conocer los servicios cubiertos por Medicaid.</p> |
| Costos anuales totales estimados | <p>\$0</p> <p>Puede esperar pagar esta cantidad por la atención si se encuentra en buena salud. Los costos reales dependerán de la cantidad de atención que termine usando.</p> |

Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

| Beneficios | Dentro de la red |
|--|--|
| *Hospitalización para pacientes internos | Copago de \$0 |
| Hospital ambulatorio *Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC) *Hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo cirugía Observación hospitalaria ambulatoria | \$0 copago \$0 copago \$0 copago |
| Citas médicas Primarios Especialistas | \$0 copago por visita \$0 copago por visita |

| Beneficios | Dentro de la red |
|---|---|
| <p>Atención preventiva Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Examen médico de rutina</p> | <p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma de aorta abdominal • Asesoramiento sobre abuso de alcohol • Visita anual de “Bienestar” • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Detección cardiovascular • Detección de cáncer de cervical y vaginal • Exámen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Control y detección de diabetes • Detección de hepatitis C • Prueba de detección de VIH • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) • Servicios de terapia médica nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Prueba de detección y asesoría sobre la obesidad • Detección del cáncer de próstata (PSA) • Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas, y el COVID-19 • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) <p>Se cubre cualquier otro servicio preventivo adicional probado por Medicare durante el año. Este plan cubre exámenes de detección de cuidado preventivo y exámenes físicos anuales al 100% cuando utiliza uno de nuestros proveedores de la red.</p> <p>Copago de \$0 (1 exámen físico por año)</p> |
| <p>Atención de emergencia</p> | <p>\$0 copago por visita</p> |
| <p>Servicios de urgencia</p> | <p>\$0 copago por visita</p> |

| Beneficios | Dentro de la red |
|---|--|
| Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías *Servicios radiológicos de diagnóstico *Servicios de laboratorio *Pruebas y procedimientos de diagnóstico *Radiología terapéutica *Radiografías para pacientes ambulatorios | \$0 copago \$0 copago \$0 copago \$0 copago \$0 copago |
| Servicios auditivos Exámenes de audición de rutina Ajuste/Evaluación de prótesis auditivas Prótesis auditivas | \$0 copago (1 por año) \$0 copago (1 por año) \$0 copago (límite de beneficio de \$3,500 cada año) |
| Servicios dentales de rutina Atención preventiva Atención integral Límite de beneficios | \$0 copago para exámenes orales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías dentales \$0 copago por atención no rutinaria, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones y prostodoncia / cirugía oral / otros servicios \$1,900 para límite de beneficio integral y preventivo combinado |
| Servicios de la visión Exámenes de la vista para tratar la condición del ojo Examen ocular rutinario Anteojos | \$0 copago \$0 copago (1 por año) \$0 copago (límite de beneficio de \$275 cada año) |
| Salud mental *Visita hospitalaria *Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios *Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 copago \$0 copago \$0 copago |
| Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF) | \$0 copago |

| Beneficios | Dentro de la red |
|--|--|
| Visitas de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje *Servicios de rehabilitación Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios *Servicios de fisioterapia y terapia del habla | \$0 copago por visita \$0 copago por visita \$0 copago por visita |
| *Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea | \$0 copago \$0 copago Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare **Medicamentos de quimioterapia **Otros medicamentos de la Parte B | \$0 copago por visita \$0 copago por visita |

*Requiere una autorización previa del plan

**Requiere una autorización previa del plan para medicamentos >\$500 por dosis

Medicamentos con receta médica

Si reside en un centro a largo plazo, su receta médica cuesta lo mismo para un suministro de 31 días que para un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

| Fase 1: Deducible anual de recetas | \$545 por año para los medicamentos recetados de la Parte D de los cinco niveles. | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fase 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) | Venta al por menor | | | Pedido por correo | | |
| | Suministro de 30 días | Suministro de 60 días | Suministro de 90 días | Suministro de 30 días | Suministro de 60 días | Suministro de 90 días |
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro | 25% Coseguro |
| Nivel 5: Nivel de especialidad | 25% Coseguro | N/A | N/A | 25% Coseguro | N/A | N/A |
| Fase 3: Etapa de brecha de cobertura | Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030 no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura. | | | | | |
| Fase 4: Cobertura para situaciones catastróficas | Después de que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$8,000 , el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. | | | | | |

Beneficios adicionales

| Beneficios adicionales | Dentro de la red |
|---|---|
| Servicios quiroprácticos | \$0 copago |
| Control de la diabetes Suministros para el Control de la Diabetes Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes Cuidado del Pie Diabético | \$0 copago \$0 copago 20% coseguro |
| Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados ***Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ***Prótesis | 20% de coseguro 20% de coseguro |
| Programa de acondicionamiento físico | Sin costo YMCA membresía |
| Servicios de podología Exámenes y tratamientos de los pies | \$0 copago |
| *Atención médica en casa | \$0 copago |
| Hospital de cuidados paliativos | No paga nada por el cuidado de hospicio de cualquier hospicio aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y el cuidado de relevo. El hospicio está cubierto por Original Medicare, fuera de este plan. |
| Educación sobre la enfermedad renal | \$0 copago |
| *Visita de terapia ocupacional | \$0 copago |
| Servicios de tratamiento con opioides | \$0 copago |
| Beneficio de Medicamentos de Venta Libre (OTC) | Tarjeta de pago precargada por un monto de \$315. La tarjeta se recargará trimestralmente y el monto de su beneficio será transferido. |
| Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 copago \$0 copago |

| Beneficios adicionales | Dentro de la red |
|---|--|
| *Beneficio de alimentos | \$0 copago (hasta 60 comidas proporcionadas después de una admisión hospitalaria) |
| Diálisis | 20% coseguro |
| *Transporte médico que no es de emergencia | 60 viajes de transporte médico de ida que no son de emergencia cada año calendario |

*Requiere una autorización previa del plan

***Requiere autorización previa para compra o costo de alquiler acumulativo >\$ 1,000

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa de Medicaid de Texas es administrado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). Si tiene preguntas sobre Medicaid, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas para obtener información.

Cuando una persona tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica a través de un plan de Medicaid, se les llama doble elegibilidad. Recuerde que su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, los recursos disponibles y otros factores. Los beneficios pueden incluir la gama completa de beneficios de Medicaid e incluir el pago de algunos o todos los costos compartidos de Medicare. Los costos compartidos incluyen las primas adeudadas, los deducibles, el coseguro o los copagos.

Las categorías de cobertura de elegibilidad dual específicas para los beneficiarios que pueden inscribirse en el Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) se enumeran a continuación:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare únicamente. Su Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario Calificado de Medicare - Plus (QMB +):** Medicaid paga las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare únicamente. Su Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare y usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

Como beneficiario de QMB o QMB + inscrito en este plan, su costo compartido es 0%. Esto no incluye sus copagos de medicamentos recetados de la Parte D (si corresponde).

La siguiente tabla muestra qué servicios están cubiertos por este plan y por Texas Medicaid:

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|--|---|---|
| Acupuntura | No cubierto | No cubierto |
| Servicios de ambulancia (clínicamente necesario) | \$0 copago Es posible que se requiera autorización previa | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid |
| Dispositivos de comunicación de asistencia | No cubierto | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid |
| Medición de la masa Ósea | \$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare | El examen de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los Miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Rehabilitación cardíaca | \$0 copago Autorización previa requerida | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios quiroprácticos | \$0 copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Autorización previa requerida | Tratamiento de Manipulación Quiropráctica (CMT) realizado por un quiropráctico autorizado por la Junta Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|---|--|---|
| Pruebas de detección de cáncer colorrectal (para mayores de 50 años) | \$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios dentales (para personas de 20 años o menos o 21 años o más en una exención de ICF o IDD) | Preventivo: \$0 copago por servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías) Exhaustivo: \$0 copago por servicios cubiertos Límite de beneficios: Límite de \$1,900 en todos los servicios dentales cubiertos | Para los Miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Suministros para diabéticos (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección) | \$0 copago | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología | \$0 copago Autorización previa requerida | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Elección de médico y hospital | Dentro de la red Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red, lo que puede requerir una autorización previa | Los Miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital. |
| Consultas en el consultorio médico | Proveedor de Cuidado Primario \$0 copago Especialista \$0 copago | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|--|--|---|
| Diálisis | \$0 copago | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Equipos Médicos Duraderos (DME) (incluye sillas de ruedas y oxígeno) | \$0 copago Es posible que se requiera autorización previa | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Atención de emergencia (Cualquier visita a la sala de emergencias cuando el Miembro crea que necesita atención de emergencia) | \$0 copago | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Educación sobre salud y bienestar (asesoramiento nutricional para niños, dejar de fumar para mujeres embarazadas, examen anual para adultos, educación sobre enfermedades renales) | \$0 copago Programas para ayudarlo a conocer y manejar sus afecciones de salud, que incluyen educación, materiales, consejos y consejos de atención | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios auditivos | \$0 copago (límite de beneficio de \$1,500 cada año) | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Atención médica en casa | \$0 copago Autorización previa requerida | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|--|---|---|
| Hospital de cuidados paliativos | Cubierto por Medicare original No cubierto por Community First Health Plans | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i> |
| Vacunas | \$0 copago por servicios preventivos de Medicare que incluyen vacunas contra la gripe, COVID-19 y otras vacunas | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Hospitalización para pacientes internos | \$0 copago para los días 1 a 90 Se requiere autorización previa | Las estadías en el hospital para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los Miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|--|---|--|
| Atención psiquiátrica para pacientes internados | <p>\$0 copago por 190 días – límite de por vida de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Este límite no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en un hospital general</p> | <p>Las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados son un beneficio cubierto para Miembros menores de 21 años y Miembros de 65 años o más. Las estadías en el hospital de atención aguda para pacientes hospitalizados para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para Miembros de 21 a 64 años de edad, de acuerdo con 42 CFR §438.6 (e), aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir estadías en instalaciones psiquiátricas en lugar de hospitales de cuidados agudos. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los Miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.</p> <p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid</p> |
| Mamografías (Examen diagnóstico anual) | \$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare | <p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid</p> |
| Prima mensual | <p>Sin prima mensual del plan</p> <p>La prima de la Parte B de Medicare puede estar cubierta según su nivel de elegibilidad para Medicaid</p> | <p>La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|---|--|--|
| Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.) | \$0 copago Autorización previa requerida | Para los Miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Medicaid paga las prótesis mamarias para Miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Atención de salud mental para pacientes ambulatorios | \$0 copago Autorización previa requerida | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos | \$0 copago Autorización previa requerida | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Cirugía/Servicios para pacientes externos | \$0 copago Autorización previa requerida | Para los Miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Prueba de papanicolaou y exámenes pélvicos | \$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|--|---|---|
| Servicios de podiatría | \$0 copago solo para servicios cubiertos por Medicare; daño nervioso relacionado con la diabetes; o tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades del pie | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Medicamentos con prescripción | <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare: Copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B. Autorización previa requerida</p> <p>Medicamentos de la Parte D de Medicare: 25% coseguro en todos los niveles (niveles 1-5)</p> | Medicaid paga los medicamentos de la Parte B si no están cubiertos por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare. |
| Detección del cáncer de próstata | \$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Centro de Enfermería Especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare) | \$0 copago para los días 1 a 100. Se requiere autorización previa | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios de telemedicina | No cubierto | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Transporte (rutina) | \$0 copago (hasta 20 viajes de ida cada año) Se requiere autorización previa (mínimo 48 horas antes del viaje) | El Programa de Transporte Médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no es de emergencia, si no está cubierto por Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |

| Categoría de beneficio | Community First Medicare Advantage HMO D-SNP | Medicaid de Texas |
|-------------------------------|---|--|
| Atención de urgencia | Copago de \$0 | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid |
| Servicios de la visión | Copago de \$0 (límite de beneficio de \$275 cada año) | Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan a ajustar y dispensar anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios. |

Para obtener información sobre los servicios adicionales de Medicaid de Texas (no cubiertos **Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan**), comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 1-877-541-7905 o los usuarios de TTY pueden llamar 711.

Servicios de exención basados en la comunidad y el hogar de Medicaid (1915c)

Aquellos miembros que cumplan con los requisitos de QMB y los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no están cubiertos por Medicare. Esto incluye los servicios de exención de Medicaid 1915c. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad de exención de Medicaid adicionales relacionados con los requisitos del programa Intelectuales y Discapacidades del Desarrollo (IDD) u otras exenciones del programa de mejora de la calidad.

| Programa de exención | Información |
|--|---|
| Exención de Servicios de Apoyo y Asistencia para la Vida Comunitaria (CLASS) | <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class</p> |
| Exención para Personas Sordas y Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD) | <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd</p> |
| Exención de Servicios para el Hogar y la Comunidad (HCS) | <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs</p> |

| Programa de exención | Información |
|--|---|
| <p>Programa STAR + PLUS (que opera bajo la exención del Programa de mejora de calidad y transformación de la atención médica de Texas)</p> | <p>Los programas incluyen: cuidado de crianza para adultos, vida asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, modificaciones menores en el hogar y consultas de apoyo.</p> <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus</p> |
| <p>Exención de Vida en el Hogar de Texas (CXML)</p> | <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml</p> |

Información requerida

Este plan está asegurado a través de Community First Health Plans, Inc., una organización de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La Parte D de este Plan Medicare Advantage es administrada por Navitus Inc., un Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) de la Parte D aprobado por Medicare.

Los planes Community First Health Plans Medicare Advantage pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos asociados de Medicare Original, revise su manual actual "Medicare y usted". Vea el manual "Medicare y usted" en línea en www.medicare.gov/ u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Community First Health Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística. Llame al 1-833-434-2347 TTY 711.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語音援助服務。請致電 1-833-434-2347 TTY 711。

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros que aparece en la primera página de este documento.

La información de este documento no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para más información. Pueden aplicarse copagos, limitaciones y restricciones.

El formulario del plan, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso si esto ocurre.

NoviXus es la farmacia de pedido por correo recomendada para Community First Health Plans, Inc. No es necesario que use NoviXus como suministro de su(s) medicamento(s) de mantenimiento. El primer pedido requerirá registrarse en el sitio web de NoviXus disponible en www.novixus.com. Los medicamentos se envían dentro de 2 semanas. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo empezar, llame al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST y los sábados de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. EST.

Participación en Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) el programa de acondicionamiento físico NP Plan Estándar (HMO D-SNP) es voluntario. Consulte a su PCP antes de comenzar un programa de ejercicios o realizar cambios en su estilo de vida o rutina de atención médica. El programa de acondicionamiento físico Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) incluye membresía de acondicionamiento físico estándar. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según la ubicación.

Lista de verificación de inscripción

Antes de tomar su decisión de inscripción, es importante que revise y comprenda completamente los beneficios y las reglas del plan de Community First. Si tiene alguna duda, puede llamar y hablar con un representante de Servicio para Miembros al número que figura en la primera página de este documento.

Entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan, especialmente para los servicios para los que suele consultar a un médico. Llame a Community First o conéctese en línea para ver una copia de la EOC. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la primera página de este documento.
- Revise y explore el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su PCP) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red de proveedores de Community First. Si no aparecen en la lista, lo más probable es que deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté dentro de la red de farmacias. Si la farmacia que elige no aparece en la lista, lo más probable es que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que su prima de la Parte B esté pagada para usted por Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Asegúrese de revisar los cambios del plan anualmente.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, Community First no cubre servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO SNP con un contrato con Medicare y la agencia Medicaid del estado de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa bajo los nombres del plan de Medicare Advantage Alamo de Community First (HMO) y el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN DE SU PLAN

Community First

Medicare Advantage

Dual Eligible Special Needs Plan D-SNP

(HMO D-SNP) H5447-002



12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
MedicareAlamo.com