

# COMMUNITY FIRST

MEDICARE ADVANTAGE

## ALAMO

2024

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## DESCRIPCIÓN DE SU PLAN

Community First  
Medicare Advantage Alamo Plan  
(HMO) H5447-001



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)

Sirviendo a los residentes del condado de Bexar.

**MedicareAlamo.com**

# Resumen de beneficios

La información de beneficios proporcionada en este resumen enumera qué cubren los planes de salud de Community First, Inc. y lo que usted paga. El resumen no enumera todos los servicios que están cubiertos ni enumera 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 al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Cuando se inscriba en el plan, recibirá información que le indicará dónde puede ir en línea para ver su evidencia de cobertura.

## Información sobre este plan

Community First Health Plans es una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para inscribirse en **Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir dentro de nuestra área de servicio que se detalla a continuación y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Texas: Bexar.

## Proveedores y farmacias de la red de Community First

**El Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)** 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 será responsable de ayudarlo a coordinar su atención. Si necesita ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red, en algunos casos, es posible que necesite obtener una referencia de su PCP. Antes de seleccionar su PCP, Community First Health Plans lo alienta a averiguar qué especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica probablemente le recomendaría su PCP para recibir atención médica. Si usa proveedores o farmacias que no pertenecen a la red de Community First Health Plans, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, y usted puede 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 de Community First Health Plans utilizando los directorios en línea de Medicare Advantage. También puede ver la lista de medicamentos del plan (denominada Formulario) para ver qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

# Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Dentro de la red</b>
Prima mensual del plan	No hay una 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 \$200 para los medicamentos.
Monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$4,500 anuales por servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro de la red.

# Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Beneficios	Dentro de la red
<b>*Hospital para pacientes internados</b>	\$175 copago por día, para los días 1 al 6 \$0 copago por día para los días 7 al 90
<b>Hospital para pacientes ambulatorios</b> *Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) *Hospital para pacientes ambulatorios, incluida la cirugía Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$175 copago \$175 copago \$175 copago
<b>Visitas al médico</b> Primarios Especialistas	\$0 copago por visita \$30 copago por visita

Beneficios	Dentro de la red
<p><b>Cuidado preventivo</b> Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Examen físico de rutina</p>	<p>\$0 copago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso indebido del alcohol</li> <li>• Visita anual “Bienestar”</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Detección cardiovascular</li> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</li> <li>• Detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Detección de depresión</li> <li>• Detección y seguimiento de la diabetes</li> <li>• Detección de hepatitis C</li> <li>• Detección del VIH</li> <li>• Cáncer de pulmón con detección de tomografía computarizada a dosis bajas (LDCT)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Detección de Cáncer de Próstata (PSA)</li> <li>• Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas, y el COVID-19</li> <li>• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li> </ul> <p>Cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año está cubierto. Este plan cubre exámenes de atención preventiva y exámenes físicos anuales al 100% cuando utiliza uno de nuestros proveedores dentro de la red.</p> <p>\$0 copago (1 examen físico por año)</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>\$90 copago por visita</p> <p>Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas de su visita, usted paga el copago para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia</p>

Beneficios	Dentro de la red
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	\$25 copago por visita
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b> *Radiología de diagnóstico general ambulatorio *Radiología de diagnóstico compleja ambulatorio *Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios *Pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorio *Radiología terapéutica *Radiografías ambulatorias	\$0 copago \$150 copago \$0 copago \$0 copago \$50 copago \$0 copago
<b>Servicios de audición</b> Prueba/evaluación auditiva de rutina para aparatos auditivos Examen auditivo Prótesis auditivas	\$0 copago (1 por año) \$25 copago \$3,500 límite de beneficios por año
<b>Servicios dentales de rutina</b> Atención preventiva Atención integral Límite de beneficios	\$0 copago por 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 \$1,800 en todos los servicios dentales cubiertos cada año
<b>Servicios de visión</b> Exámenes de los ojos para tratar la condición del ojo Examen de la vista de rutina anteojos	\$25 copago \$0 copago (1 examen por año) \$200 límite de beneficios por año
<b>Salud Mental</b> *Cuidado de paciente hospitalizado *Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios *Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$175 copago por día, para los días 1 al 6 \$0 copago por día, para los días 7 al 90 \$30 copago \$30 copago

Beneficios	Dentro de la red
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	\$0 copago por día, para los días del 1 al 20 \$170 copago por día, para los días 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF
<b>Visitas de fisioterapia y terapia del habla/ lenguaje</b> *Rehabilitación cardiaca *Rehabilitación cardiaca intensiva *Rehabilitación pulmonar Centro de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios *Servicios de terapia física y del habla	\$30 copago por visita \$35 copago por visita \$15 copago por visita \$30 copago por visita \$25 copago por visita
<b>*Servicios de ambulancia</b> Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	Copago de \$250 20% coseguro Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> **Medicamentos de quimioterapia **Otros medicamentos de la Parte B	20% coseguro 20% coseguro

\*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 cuesta lo mismo para un suministro de 31 días que un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

<b>Fase 1: Deducible anual de prescripción</b>	\$0 por año para los niveles 1 y 2, y <b>\$200</b> por año para los medicamentos recetados de la Parte D de nivel 3, nivel 4 y nivel 5.					
<b>Fase 2: Cobertura inicial</b> (después de pagar su deducible, si corresponde)	<b>Venta al por menor</b>			<b>Orden por correo</b>		
	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 60 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 60 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7 copago	\$14 copago	\$17.50 copago	\$7 copago	\$14 copago	\$17.50 copago
Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas	\$30 copago	\$60 copago	\$75 copago	\$30 copago	\$60 copago	\$75 copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad	30% coseguro	N/A	N/A	30% coseguro	N/A	N/A
<b>Fase 3: Etapa de brecha de cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos alcancen <b>\$5,030</b> , usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o del 25% por medicamentos de marca, por cualquier nivel de medicamentos durante la brecha de cobertura.					
<b>Fase 4: Cobertura catastrófica</b>	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 <b>\$8,000</b> , 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
<b>Servicios quiroprácticos</b>	\$20 copago
<b>Manejo de la diabetes</b> Suministros para el monitoreo de la diabetes \$0 copago Capacitación para autocontrol de la diabetes \$0 copago Entrenamiento en nutrición para la diabetes \$0 copago Cuidado de los pies diabéticos 20% coseguro	
<b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros relacionados</b> ***Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 20% coseguro ***Prótesis 20% coseguro	
<b>Programa de acondicionamiento físico</b> Membresía de YMCA \$0 copago	
<b>Servicios de podología</b> Exámenes y tratamientos de los pies \$30 copago	
<b>*Atención médica en el hogar</b>	\$0 copago
<b>Hospital de cuidados paliativos</b>	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de cualquier hospicio aprobado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y la atención de relevo. El hospicio está cubierto por el Medicare Original, fuera de este plan
<b>*Transporte médico que no es de emergencia</b>	60 viajes de transporte médico de ida que no son de emergencia cada año calendario
<b>*Visita de terapia ocupacional</b>	\$30 copago
<b>Servicios de tratamiento de opioides</b>	\$0 copago
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios \$30 copago Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios \$30 copago	

Beneficios adicionales	Dentro de la red
<b>Beneficio de venta libre</b>	Tarjeta de pago precargada por un monto de \$90. La tarjeta se recargará trimestralmente y el monto de su beneficio será transferido.
<b>*Beneficio de alimentos</b>	\$0 copago (Hasta 60 comidas proporcionadas después de una admisión como paciente hospitalizado)
<b>Diálisis renal</b>	20% de coseguro

\*Requiere una autorización previa del plan

\*\*\*Requiere una autorización previa para la compra o el costo de alquiler acumulado >\$1,000

# Información requerida

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

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

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos asociados del Medicare Original, revise su manual actualizado "Medicare y usted". Consulte el manual "Medicare y usted" en línea en [www.medicare.gov/](http://www.medicare.gov/) u obtenga una copia enviada llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben 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 gratuitos 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 del Departamento de Servicios para Miembros que aparece en la primera página de este documento.

La información en este documento no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos 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 pedidos por correo recomendada para Community First Health Plans, Inc. No es necesario usar NoviXus para un suministro de su(s) medicamento(s) de mantenimiento. El primer pedido requerirá el registro en el sitio web de NoviXus disponible en [www.novixus.com](http://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 comenzar, 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.

La participación en el programa de acondicionamiento físico del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) es voluntaria. Consulte a su PCP antes de comenzar un programa de ejercicios o hacer cambios en su estilo de vida o rutina de atención médica. El programa de acondicionamiento físico del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) incluye la membresía de acondicionamiento físico estándar. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según la ubicación.

# Información requerida, continuación

## 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 Health Plans. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al número que aparece en la primera página de este documento.

## Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan, especialmente para los servicios por los que suele consultar a un médico. Llame a Community First Health Plans o vaya en línea para ver una copia del EOC. Nuestro número de teléfono y sitio web se enlistan en la primera página de este documento.
- Revise y explore el Directorio de Proveedores (o pregunte a su PCP) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora pertenezcan a la red de Proveedores de Community First Health Plans. Si no están en la lista, significa que lo más probable es que tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red de farmacias. Si la farmacia que elija no aparece en la lista, lo más probable es que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B. Esta prima normalmente se retira de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o 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 Health Plans no cubre los 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 Alamo Plan

(HMO) H5447-001

**COMMUNITY FIRST**  
— MEDICARE ADVANTAGE —

**ALAMO**

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