



# Resumen de Beneficios 2021

## Descripción General de Su Plan

**CFHP Medicare Advantage  
con el Plan Estándar de la Parte D (HMO)  
H5447-001**

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

Llame a 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.

(Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de Abril al 30 de Septiembre)

**TTY 1-800-390-1175**

(24 horas al día/7 días de la semana)

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

**[communityfirstmedicare.com](http://communityfirstmedicare.com)**

# Resumen de beneficios

## 1 de Enero de 2021 – 31 de Diciembre de 2021

La información de beneficios proporcionada en este resumen enumera qué cubren los planes de salud de Community First, Inc. (CFHP) 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 [communityfirstmedicare.com](http://communityfirstmedicare.com) o puede llamar a 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

CFHP es una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para inscribirse en **CFHP Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (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 los siguientes condados en Texas: Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson.

## CFHP Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO)

Primas y beneficios	Dentro de la red
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 \$300 para los medicamentos.
Monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$7,550 anuales por servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro de la red.
Costos anuales totales estimados	\$3,607 Es posible que espere pagar esta cantidad por la atención médica si goza de buena salud. Los costos reales dependerán de la cantidad de atención que termine usando.

### Proveedores y farmacias de la red de CFHP

**CFHP Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (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, CFHP 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 CFHP, 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 [communityfirstmedicare.com](http://communityfirstmedicare.com) para buscar un proveedor o farmacia de la red de CFHP 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.



Beneficios	Dentro de la red
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$90 (en todo el mundo) por visita 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
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	Copago de \$30 por visita
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b> *Servicios radiológicos de diagnóstico *Servicios de laboratorio *Pruebas y procedimientos de diagnóstico *Radiología terapéutica *Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$30-\$200 dependiendo de la complejidad del servicio Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$50 Copago de \$0
<b>Servicios de audición</b> Exámenes de audición de rutina Ajuste/evaluación para prótesis auditivas Prótesis auditivas	Copago de \$50 (1 por año) Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (\$750 límite de beneficios por año)
<b>Servicios dentales de rutina</b> Atención preventiva Atención integral Límite de beneficios	Copago de \$0 por exámenes orales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías dentales Copago de \$0 por atención no rutinaria, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones y prostodoncia/cirugía oral/otros servicios \$500 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	Copago de \$50 Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (\$100 límite de beneficios por año)
<b>Salud Mental</b> *Visita para pacientes internados *Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios *Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$325 por día para los días 1 a 6 Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 Copago de \$40 Copago de \$40
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés)</b>	Copago de \$0 por día para los días del 1 al 20 Copago de \$160 por día para los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF
<b>Visitas de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje</b> *Servicios de rehabilitación (CORF – Centro de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios) *Servicios de terapia física y del habla	Copago de \$30 por visita Copago de \$40 por visita
<b>*Servicios de ambulancia</b>	Copago de \$300 por ambulancia terrestre Copago de \$300 por ambulancia aérea Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia

Beneficios	Dentro de la red
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> **Medicamentos de quimioterapia **Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro 20% de 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 \$300 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	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$7	Copago de \$14	Copago de \$17.50	Copago de \$7	Copago de \$14	Copago de \$17.50
Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas	Copago de \$30	Copago de \$60	Copago de \$75	Copago de \$30	Copago de \$60	Copago de \$75
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad	27% Coseguro	N/A	N/A	27% Coseguro	N/A	N/A
<b>Fase 3: Etapa de brecha de cobertura</b>	Después de que sus costos totales de medicamentos alcancen \$4,130, 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 gastos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen los \$6,550, usted paga el mayor de <ol style="list-style-type: none"> <li>5% de coseguro, o;</li> <li>Copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.</li> </ol>					

# Beneficios adicionales

Beneficios adicionales	Dentro de la red
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Copago de \$20
<b>Manejo de la diabetes</b> Suministros para el monitoreo de la diabetes, Capacitación para autocontrol de la diabetes Cuidado de los pies diabéticos	Copago de \$0 Copago de \$0 20% de coseguro
<b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros relacionados</b> ***Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ***Prótesis	20% de coseguro 20% de coseguro
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0
<b>Atención podiátrica</b> Exámenes y tratamientos de los pies	Copago de \$50
<b>*Atención médica en el hogar</b>	Copago de \$0
<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 Original Medicare, fuera de este plan.
<b>*Visita de terapia ocupacional</b>	Copago de \$40
<b>Servicios de tratamiento de opioides</b>	Copago de \$0
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 Copago de \$0
<b>*Beneficio de alimentos</b>	Copago de \$0 (hasta 10 comidas proporcionadas durante 7 días después de una admisión como paciente internado)
<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 CFHP Medicare Advantage pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos asociados de Original Medicare, 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 1-800-390-1175.

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 1-800-390-1175.

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 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 de CFHP Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (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 de CFHP Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (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 CFHP. 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 CFHP o vaya en línea para ver una copia de la 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 CFHP. 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, CFHP no cubre los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).