

RESUMEN DE BENEFICIOS

2023



RESUMEN 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 brinda el plan.

Llame a Servicios para Miembros o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.

Local 210-358-6386 • **Número gratuito** 1-833-434-2347
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 711
(24 horas al día, 7 días de la semana)

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

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 CommunityFirstMedicare.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 CommunityFirstMedicare.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 \$505 para medicamentos.
Monto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$8,300 al año por servicios cubiertos por Medicare que reciba de proveedores dentro de la red. 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 .
Costos anuales totales estimados	\$0 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.

Beneficios	Dentro de la red
Atención de emergencia	\$0 copago por visita
Servicios de urgencia	\$0 copago por visita
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías	
*Servicios radiológicos de diagnóstico	\$0 copago
*Servicios de laboratorio	\$0 copago
*Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 copago
*Radiología terapéutica	\$0 copago
*Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 copago
Servicios auditivos	
Exámenes de audición de rutina	\$0 copago (1 por año)
Ajuste/Evaluación de prótesis auditivas	\$0 copago (1 por año)
Prótesis auditivas	\$0 copago (límite de beneficio de \$1,500 cada año)
Servicios dentales de rutina	
Atención preventiva	\$0 copago para exámenes orales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías dentales
Atención integral	\$0 copago por atención no rutinaria, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones y prostodoncia / cirugía oral / otros servicios
Límite de beneficios	\$1,900 para límite de beneficio integral y preventivo combinado
Servicios de la visión	
Exámenes de la vista para tratar la condición del ojo	\$0 copago
Examen ocular rutinario	\$0 copago (1 por año)
Anteojos	\$0 copago (límite de beneficio de \$275 cada año)
Salud mental	
*Visita hospitalaria	\$0 copago
*Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$0 copago
*Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 copago
Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF)	\$0 copago
Visitas de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje	
*Servicios de rehabilitación	\$0 copago por visita
(CORF - Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)	\$0 copago por visita
*Servicios de fisioterapia y terapia del habla	\$0 copago por visita
*Servicios de ambulancia	\$0 copago por ambulancia terrestre \$0 copago por ambulancia aérea Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
**Medicamentos de quimioterapia	20% coseguro
**Otros medicamentos de la Parte B	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 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		\$505 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 \$4,660, 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 \$7,400, usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> a. 5% de coseguro, o; b. copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 por todos los demás medicamentos. 					

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
Atención podiátrica 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 \$240. La tarjeta se recargará cuatro veces al año, sin exceder un saldo de \$240
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
*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

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage HMO D-SNP	Medicaid de Texas
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
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

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage HMO D-SNP	Medicaid de Texas
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
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)	Copago de \$0 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

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage HMO D-SNP	Medicaid de Texas
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
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 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 estancias 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	\$0 copago por 190 días – límite de por vida de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en un hospital general.	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. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Mamografías (Examen diagnóstico anual)	\$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
Prima mensual	Sin prima mensual del plan La prima de la Parte B de Medicare puede estar cubierta según su nivel de elegibilidad para Medicaid	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
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

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage HMO D-SNP	Medicaid de Texas
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
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	Medicamentos de la Parte B de Medicare Copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B. Autorización previa requerida Medicamentos de la Parte D de Medicare: 25% coseguro en todos los niveles (niveles 1-5)	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

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage HMO D-SNP	Medicaid de Texas
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
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 STAR + PLUS (que opera bajo la exención del Programa de mejora de calidad y transformación de la atención médica de Texas)	<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>
Exención de Vida en el Hogar de Texas (CXML)	<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).