

Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) offered by Community First Health Plans

Annual Notice of Changes for 2024

You are currently enrolled as a Member of Community First Health Plans Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). Next year, there will be changes to the plan's costs and benefits. *Please see page 5 for a Summary of Important Costs, including your Premium.*

This document tells about the changes to your plan. To get more information about costs, benefits, or rules, please review the *Evidence of Coverage*, which is located on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). You may also call Member Services at 1-833-434-2347 to ask us to mail you the *Evidence of Coverage*.

- **You have from October 15 until December 7 to make changes to your Medicare coverage for next year.**
-

What to do now

1. ASK: Which changes apply to you

- Check the changes to our benefits and costs to see if they affect you.
 - Review the changes to Medical care costs (doctor, hospital).
 - Review the changes to our drug coverage, including authorization requirements and costs.
 - Think about how much you will spend on premiums, deductibles, and cost sharing.
- Check the changes in the 2024 “Drug List” to make sure the drugs you currently take are still covered.
- Check to see if your primary care doctors, specialists, hospitals and other providers, including pharmacies will be in our network next year.
- Think about whether you are happy with our plan.

2. COMPARE: Learn about other plan choices

- Check coverage and costs of plans in your area. Use the Medicare Plan Finder at www.medicare.gov/plan-compare or review the list in the back of your *Medicare & You 2024* handbook.
- Once you narrow your choice to a preferred plan, confirm your costs and coverage on the plan's website.

3. **CHOOSE:** Decide whether you want to change your plan

- If you don't join another plan by December 7, 2023, you will stay in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- To **change to a different plan**, you can switch plans between October 15 and December 7. Your new coverage will start on **January 1, 2024**. This will end your enrollment with Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- Look in Section 3.2, page 17, to learn more about your choices.
- If you recently moved into, currently live in, or just moved out of an institution (like a skilled nursing facility or long-term care hospital), you can switch plans or switch to Original Medicare (either with or without a separate Medicare prescription drug plan) at any time.

Additional Resources

- This document is available for free in Spanish.
- Please contact Community First Health Plans Member Services toll-free at 1-833-434-2347 for additional information:
 - 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m., October 1 - March 31 (Closed Thanksgiving and Christmas Day)
 - Monday – Friday, from 8 a.m. to 8 p.m., April 1- September 30 (Closed Federal Holidays)
 - TTY 711 is available 24/7, to be used by deaf and hard-of-hearing Medicare Members
- This booklet is available in different formats, including braille and large print. Please contact Member Services at 1-833-434-2347 (TTY 711) if you'd like this booklet mailed to you in a different format.
- **Coverage under this Plan qualifies as Qualifying Health Coverage (QHC)** and satisfies the Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA) individual shared responsibility requirement. Please visit the Internal Revenue Service (IRS) website at www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families for more information.

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

- The plan also has a written agreement with the Texas Health and Human Services Commission (Medicaid) program to coordinate your Medicaid benefits.
- When this document says “we,” “us,” or “our,” it means Community First Health Plans. When it says “plan” or “our plan,” it means Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Annual Notice of Changes for 2024 Table of Contents

Summary of Important Costs for 2024	5
SECTION 1 Unless You Choose Another Plan, You Will Be Automatically Enrolled in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) in 2024	8
SECTION 2 Changes to Benefits and Costs for Next Year	9
Section 2.1 – Changes to the Monthly Premium	9
Section 2.2 – Changes to Your Maximum Out-of-Pocket Amount.....	10
Section 2.3 – Changes to the Provider and Pharmacy Networks.....	11
Section 2.4 – Changes to Benefits and Costs for Medical Services	12
Section 2.5 – Changes to Part D Prescription Drug Coverage	12
SECTION 3 Deciding Which Plan to Choose.....	17
Section 3.1 – If you want to stay in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).....	17
Section 3.2 – If you want to change plans	17
SECTION 4 Changing Plans	18
SECTION 5 Programs That Offer Free Counseling about Medicare and Medicaid	19
SECTION 6 Programs That Help Pay for Prescription Drugs	20
SECTION 7 Questions?.....	20
Section 7.1 – Getting Help from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).....	20
Section 7.2 – Getting Help from Medicare.....	22
Section 7.3 – Getting Help from Texas Health and Human Services Commission (Medicaid)	22

Summary of Important Costs for 2024

The table below compares the 2023 costs and 2024 costs for Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) in several important areas. **Please note this is only a summary of costs.** If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Texas Health and Human Services Commission (Medicaid), you pay \$0 for your deductible, doctor office visits, and inpatient hospital stays.

These are 2023 cost-sharing amounts and may change for 2024. Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) will provide updated rates as soon as they are released.

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
Monthly plan premium* * Your premium may be higher See Section 2.1 for details.	\$0	\$0 There are no changes to the 2024 plan premium
Doctor office visits	Primary care visits: \$0 copayment per visit Specialist visits: \$0 copayment per visit	Primary care visits: \$0 copayment per visit Specialist visits: \$0 copayment per visit
Inpatient hospital stays	\$0 per day for days 1 - 90	\$0 per day for days 1 - 90
Part D prescription drug coverage (See Section 2.5 for details.)	Deductible: \$505* (except for covered insulin products and most Part D vaccines) <i>Copayment/Coinsurance during the Initial Coverage Stage:</i>	Deductible: \$545* (except for covered insulin products and most Part D vaccines) <i>Copayment/Coinsurance during the Initial Coverage Stage:</i>

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
	<ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 1: 25% of coinsurance or \$0/\$4.23* • Drug Tier 2: 25% of coinsurance or \$0/\$14.90* • Drug Tier 3: 25% of coinsurance or \$0/\$112.85* <i>You pay no more than \$35 per month supply of each covered insulin product on this tier.</i> • Drug Tier 4: 25% of coinsurance or \$0/\$63.71* • Drug Tier 5: 25% of coinsurance or \$0/\$946.55* <p>Catastrophic Coverage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • During this payment stage, the plan pays most of the cost for your covered drugs. • For each prescription, you pay whichever of these is larger: a payment equal to 5% of the cost of the drug (this is called coinsurance), or a copayment (\$4.15 for a generic drug or a drug that is treated like a generic, and 	<ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 1: 25% of coinsurance or \$0/\$4.50* • Drug Tier 2: 25% of coinsurance or \$0/\$23.76* • Drug Tier 3: 25% of coinsurance or \$0/\$132.86 <i>You pay no more than \$35 per month supply of each covered insulin product on this tier.</i> • Drug Tier 4: 25% of coinsurance or \$0/\$124.47* • Drug Tier 5: 25% of coinsurance or \$0/\$1,177.69* <p>Catastrophic Coverage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • During this payment stage, the plan pays the full cost for your covered Part D drugs. You pay nothing. • You may have cost sharing for drugs that are covered under our enhanced benefit.

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
	\$10.35 for all other drugs.).	
<p>Maximum out-of-pocket amount</p> <p>This is the <u>most</u> you will pay out-of-pocket for your covered Part B services. (See Section 2.2 for details.)</p>	<p>\$7,550</p> <p>If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Medicaid, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.</p>	<p>\$8,850</p> <p>If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Medicaid, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.</p>

* Cost sharing is based on your level of Medicaid eligibility or “Extra Help.”

SECTION 1 Unless You Choose Another Plan, You Will Be Automatically Enrolled in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) in 2024

If you do nothing in 2023, we will automatically enroll you in our Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). This means starting January 1, 2024, you will be getting your medical and prescription drug coverage through Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). If you want to change plans or switch to Original Medicare and get your prescription drug coverage through a Prescription Drug Plan, you must do so between October 15 and December 7. The change will take effect on January 1, 2024.

SECTION 2 Changes to Benefits and Costs for Next Year

Section 2.1 – Changes to the Monthly Premium

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
Monthly premium <i>There are no changes to the monthly premium.</i> (You must also continue to pay your Medicare Part B premium unless it is paid for you by Medicaid.)	\$0	\$0

Section 2.2 – Changes to Your Maximum Out-of-Pocket Amount

Medicare requires all health plans to limit how much you pay out-of-pocket for the year. This limit is called the maximum out-of-pocket amount. Once you reach this amount, you generally pay nothing for covered Part B services for the rest of the year.

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
<p>Maximum out-of-pocket amount</p> <p>Because our members also get assistance from Medicaid, very few members ever reach this out-of-pocket maximum.</p> <p>If you are eligible for Medicaid assistance with Part A and Part B copays and deductibles, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.</p> <p>Your costs for covered medical services (such as copays and deductibles count toward your maximum out-of-pocket amount. Your costs for prescription drugs do not count toward your maximum out-of-pocket amount.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Once you have paid \$8,850 out-of-pocket for covered Part B services, you will pay nothing for your covered Part B services for the rest of the calendar year.</p>

Section 2.3 – Changes to the Provider and Pharmacy Networks

There are no changes to our network of providers for next year. The *Provider Directory* is located on our website at CommunityFirstMedicare.com. You may also call Member Services at 1-833-434-2347 for Provider information or to ask us to mail you a copy of the current *Provider Directory*.

There are no changes to our network of pharmacies for next year.

It is important that you know that we may make changes to the hospitals, doctors, and specialists (providers), and pharmacies that are a part of your plan during the year. If a mid-year change in our providers affects you, please contact Member Services so we may assist.

Section 2.4 – Changes to Benefits and Costs for Medical Services

Please note that the *Annual Notice of Changes* tells you about changes to your Medicare benefits and costs.

We are making changes to costs and benefits for certain medical services next year. The information below describes these changes. The information below describes these changes. For details about the coverage, including limitations, referrals, prior authorizations, and costs for services, see Chapter 4, *Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)* in your *2024 Evidence of Coverage*.

- **Important Message About What You Pay for Vaccines** - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Member Services for more information.
- **Important Message About What You Pay for Insulin** – Beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of \$35 for a one-month’s supply of insulin. *You won’t pay more than \$35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it’s on, even if you have not met your deductible.*

Cost	2023 (this year)	2024 (next year)
Over-the-Counter Items	You have a \$240 plan coverage amount per quarter (with rollover) every year.	You have a \$315 plan coverage amount per quarter (with rollover) every year.
Hearing Aids	You have a \$1,500 maximum plan coverage amount for both ears for hearing aid benefits every year.	You have a \$3,500 maximum plan coverage amount for both ears for hearing aid benefits every year.

Section 2.5 – Changes to Part D Prescription Drug Coverage

Changes to Our “Drug List”

Our list of covered drugs is called a Formulary or “Drug List.” A copy of our “Drug List” is provided electronically and available on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.communityfirstmedicare.com). **You can also get the *complete* “Drug List”** by calling Member Services at 1-833-434-2347.

We have not made any changes to our “Drug List” for next year. However, during the year, we might make other changes that are allowed by Medicare rules. We can also immediately remove

drugs considered unsafe by the FDA or withdrawn from the market by a product manufacturer. We update our online “Drug List” to provide the most up to date list of drugs.

Changes to Prescription Drug Costs

If you receive “Extra Help” to pay your Medicare prescription drugs, you may qualify for a reduction or elimination of your cost sharing for Part D drugs. Some of the information described in this section may not apply to you. **Note:** If you are in a program that helps pay for your drugs (“Extra Help”), **the information about costs for Part D prescription drugs may not apply to you.** We have sent you a separate insert, called the “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (also called the Low-Income Subsidy Rider or the LIS Rider), which tells you about your drug costs. If you receive “Extra Help and you haven’t received this insert by October 1, 2023, please call Member Services and ask for the LIS Rider.

There are four **drug payment stages**. The information below shows the changes to the first two stages – the Yearly Deductible Stage and the Initial Coverage Stage. (Most members do not reach the other two stages – the Coverage Gap Stage or the Catastrophic Coverage Stage.)

Changes to the Deductible Stage

Stage	2023 (this year)	2024 (next year)
<p>Stage 1: Yearly Deductible Stage</p> <p>During this stage, you pay the full cost of your Part D drugs until you have reached the yearly deductible. The deductible doesn’t apply to covered insulin products and most adult Part D vaccines, including shingles, tetanus and travel vaccines.</p>	<p>The deductible is \$505.</p> <p>Your deductible amount is either \$0 or \$505, depending on the level of “Extra Help” you receive. (Look at the separate LIS Rider, for your deductible amount.)</p>	<p>The deductible is \$545.</p> <p>Your deductible amount is either \$0 or \$545, depending on the level of “Extra Help” you receive. (Look at the separate LIS Rider, for your deductible amount.)</p>

Changes to Your Cost Sharing in the Initial Coverage Stage

Stage	2023 (this year)	2024 (next year)
<p>Stage 2: Initial Coverage Stage Once you pay the yearly deductible, you move to the Initial Coverage Stage. During this stage, the plan pays its share of the cost of your drugs, and you pay your share of the cost. Most adult Part D vaccines are covered at no cost to you.</p> <p>* Cost sharing is based on your level of Medicaid eligibility or “Extra Help.”</p>	<p>Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing:</p> <p>Tier 1: You pay 25% of the total cost or \$0/\$4.23*</p> <p>Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$14.90*</p> <p>Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$112.85*</p> <p>Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$63.71*</p> <p>Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$946.55*</p>	<p>Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing:</p> <p>Tier 1: You pay 25% of the total cost or \$0/\$4.50*</p> <p>Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$23.76*</p> <p>Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$132.86*</p> <p>Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$124.47*</p> <p>Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$1,177.69*</p>

Stage	2023 (this year)	2024 (next year)
<p>Stage 2: Initial Coverage Stage (continued)</p> <p>The costs in this row are for a one-month (30-day) supply when you fill your prescription at a network pharmacy that provides standard cost sharing. For information about the costs for a long-term supply; at a network pharmacy that offers preferred cost sharing; or for mail-order prescriptions, look in Chapter 6, Section 5 of your <i>Evidence of Coverage</i>.</p>	<p>Once your total drug costs have reached \$4,660, you will move to the next stage (the Coverage Gap Stage). <i>OR</i> you have paid \$7,400 <i>out-of-pocket threshold</i> out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).</p>	<p>Once your total drug costs have reached \$5,030, you will move to the next stage (the Coverage Gap Stage). <i>OR</i> you have paid \$8,000, <i>out-of-pocket threshold</i> out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).</p>

Changes to the Coverage Gap and Catastrophic Coverage Stages

The other two drug coverage stages – the Coverage Gap Stage and the Catastrophic Coverage Stage – are for people with high drug costs. **Most Members do not reach the Coverage Gap Stage or the Catastrophic Coverage Stage.**

Beginning in 2024, if you reach the Catastrophic Coverage Stage, you pay nothing for covered Part D drugs. You may have cost-sharing for excluded drugs that are covered under our enhanced benefit.

For specific information about your costs in these stages, look at Chapter 6, Sections 6 and 7, in your *Evidence of Coverage*.

SECTION 3 Deciding Which Plan to Choose

Section 3.1 – If you want to stay in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

To stay in our plan, you don't need to do anything. If you do not sign up for a different plan or change to Original Medicare by December 7, you will automatically be enrolled in our Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Section 3.2 – If you want to change plans

We hope to keep you as a Member next year but if you want to change plans for 2024 follow these steps:

Step 1: Learn about and compare your choices

- You can join a different Medicare health plan,
- -- *OR*-- You can change to Original Medicare. If you change to Original Medicare, you will need to decide whether to join a Medicare drug plan.

To learn more about Original Medicare and the different types of Medicare plans, use the Medicare Plan Finder (www.medicare.gov/plan-compare), read the *Medicare & You 2024* handbook, call your State Health Insurance Assistance Program (see Section 5) or call Medicare (see Section 7.2).

Step 2: Change your coverage

- **To change to a different Medicare health plan**, enroll in the new plan. You will automatically be disenrolled from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **To change to Original Medicare with a prescription drug plan**, enroll in the new drug plan. You will automatically be disenrolled from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **To change to Original Medicare without a prescription drug plan**, you must either:
 - Send us a written request to disenroll or contact Member Services if you need more information on how to do so.
 - – *or* – Contact **Medicare**, at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week, and ask to be disenrolled. TTY users should call 1-877-486-2048.

If you switch to Original Medicare and do **not** enroll in a separate Medicare prescription drug plan, Medicare may enroll you in a drug plan unless you have opted out of automatic enrollment.

SECTION 4 Changing Plans

If you want to change to a different plan or to Original Medicare for next year, you can do it from **October 15 until December 7**. The change will take effect on January 1, 2024.

Are there other times of the year to make a change?

In certain situations, changes are also allowed at other times of the year. Examples include people with Medicaid, those who get “Extra Help” paying for their drugs, those who have or are leaving employer coverage, and those who move out of the service area.

Because you have [Insert name of Medicaid program], you may be able to end your membership in our plan or switch to a different plan one time during each of the following **Special Enrollment Periods**:

- January to March
- April to June
- July to September

If you enrolled in a Medicare Advantage plan for January 1, 2024, and don’t like your plan choice, you can switch to another Medicare health plan (either with or without Medicare prescription drug coverage) or switch to Original Medicare (either with or without Medicare prescription drug coverage) between January 1 and March 31, 2024.

If you recently moved into, currently live in, or just moved out of an institution (like a skilled nursing facility or long-term care hospital), you can change your Medicare coverage **at any time**. You can change to any other Medicare health plan (either with or without Medicare prescription drug coverage) or switch to Original Medicare (either with or without a separate Medicare prescription drug plan) at any time.

SECTION 5 Programs That Offer Free Counseling about Medicare and Medicaid

The State Health Insurance Assistance Program (SHIP) is an independent government program with trained counselors in every state. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

It is a state program that gets money from the Federal government to give **free** local health insurance counseling to people with Medicare. The HICAP counselors can help you with your Medicare questions or problems. They can help you understand your Medicare plan choices and answer questions about switching plans. You can call HICAP at 1-800-252-9240 (TTY 1-800-735- 2989). You can learn more about HICAP by visiting their website at <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

For questions about your Texas Health and Human Services Commission (Medicaid), benefits, contact the Texas Health and Human Services Commission (Medicaid) at 1-512-424-6500 or 1-800-252-8263, Monday - Friday, 7:30 a.m. to 5:30 p.m. TTY users should call 1-800-735-2989. Ask how joining another plan or returning to Original Medicare affects how you get your Texas Health and Human Services Commission (Medicaid) coverage.

SECTION 6 Programs That Help Pay for Prescription Drugs

You may qualify for help paying for prescription drugs. Below we list different kinds of help:

- **“Extra Help” from Medicare.** Because you have Medicaid, you are already enrolled in “Extra Help,” also called the Low-Income Subsidy. “Extra Help” pays some of your prescription drug premiums, annual deductibles and coinsurance. Because you qualify, you do not have a coverage gap or late enrollment penalty. If you have questions about “Extra Help”, call:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048, 24 hours a day, 7 days a week;
 - The Social Security Office at 1-800-772-1213 between 8 am and 7 pm, Monday through Friday for a representative. Automated messages are available 24 hours a day. TTY users should call, 1-800-325-0778; or
 - Your State Medicaid Office (applications).
- **Help from your state’s pharmaceutical assistance program.** Texas has a program called Kidney Health Care Program that helps people pay for prescription drugs based on their financial need, age, or medical condition. To learn more about the program, check with your State Health Insurance Assistance Program.
- **Prescription Cost-sharing Assistance for Persons with HIV/AIDS.** The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) helps ensure that ADAP-eligible individuals living with HIV/AIDS have access to life-saving HIV medications. Individuals must meet certain criteria, including proof of State residence and HIV status, low income as defined by the State, and uninsured/under-insured status. Medicare Part D prescription drugs that are also covered by ADAP qualify for prescription cost-sharing assistance through the Texas HIV Medication Program. For information on eligibility criteria, covered drugs, or how to enroll in the program, please call Texas HIV Medication Program at 1-800-255-1090.

SECTION 7 Questions?

Section 7.1 – Getting Help from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Questions? We’re here to help. Please call Member Services at 1-833-434-2347, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (October 1 - March 31); Monday - Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. (April 1 - September 30). TTY users should call 711. Messaging service is used on weekends, after hours, and on federal holidays. Calls to these numbers are free.

Read your 2024 Evidence of Coverage (it has details about next year's benefits and costs)

This *Annual Notice of Changes* gives you a summary of changes in your benefits and costs for 2024. For details, look in the *2024 Evidence of Coverage* for Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). The *Evidence of Coverage* is the legal, detailed description of your plan benefits. It explains your rights and the rules you need to follow to get covered services and prescription drugs. A copy of the *Evidence of Coverage* is located on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). You may also call Member Services to ask us to mail you an *Evidence of Coverage*.

Visit our Website

You can also visit our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). As a reminder, our website has the most up-to-date information about our provider network (*Provider Directory*) and our *List of Covered Drugs (Formulary/"Drug List")*.

Section 7.2 – Getting Help from Medicare

To get information directly from Medicare:

Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

You can call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.

Visit the Medicare Website

Visit the Medicare website (www.medicare.gov). It has information about cost, coverage, and quality Star Ratings to help you compare Medicare health plans in your area. To view the information about plans, go to www.medicare.gov/plan-compare.

Read *Medicare & You 2024*

Read the *Medicare & You 2024* handbook. Every fall, this document is mailed to people with Medicare. It has a summary of Medicare benefits, rights and protections, and answers to the most frequently asked questions about Medicare. If you don't have a copy of this document, you can get it at the Medicare website (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.

Section 7.3 – Getting Help from Texas Health and Human Services Commission (Medicaid)

To get information from Medicaid you can call Texas Health and Human Services Commission (Medicaid) at 1-512-424-6500 or 1-800-252-8263. TTY users should call 1-800-735-2989.

Effective January 1, 2024

**Evidence of Coverage Rider
for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs
(also called a Low Income Subsidy Rider or LIS Rider)**

This notice is part of the Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) Evidence of Coverage. Please keep this notice.

Our records show that you qualify for extra help paying for your prescription drug coverage. This means that you will get help paying your monthly premium, yearly deductible, and prescription drug cost-sharing.

As a Member of our Plan, you will receive the same coverage as someone who is not getting extra help. Your membership in our Plan will not be affected by the extra help. This also means that you must follow all the rules and procedures in the Evidence of Coverage.

Please see the chart below for a description of your prescription drug coverage:

Your monthly plan premium is	Your yearly deductible is	Your cost-sharing amount for generic/preferred multi-source drugs is no more than	Your cost-sharing amount for all other drugs is no more than
\$0*	\$545	\$0/\$1.55/\$4.50 (each prescription)	\$0/\$4.60/\$11.20 (each prescription)

* The monthly plan premium does not include any Medicare Part B premium that you may still need to pay. The plan premium you pay has been calculated based on the Plan’s premium and the amount of extra help you get.

Please refer to your Evidence of Coverage for more information on paying your plan premium.

Once the amount both you and Medicare pay (as the extra help) reaches \$8,000 in a year, your copayment amount(s) will go down to \$0 per prescription/\$4.50 for generic and preferred brand drugs that are multi-source, or \$11.20 for all others.

Medicare or Social Security will periodically review your eligibility to make sure that you still qualify for extra help with your Medicare prescription drug plan costs. Your eligibility for extra help might change if there is a change in your income or resources, if you get married or become single, or if you lose Medicaid.

If you have any questions about this notice, please go to [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) or contact Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan

2024 Part D Model LIS Rider

(HMO D-SNP) at 1-833-434-2347, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (October 1 - March 31); Monday - Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. (April 1 - September 30). TTY users should call 711. Messaging service is used on weekends, after hours, and on federal holidays. Calls to these numbers are free.

Sincerely,

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

Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) ofrecido por Community First Health Plans

Aviso Anual De Cambios Para 2024

Actualmente usted está inscrito como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida su prima.*

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio en Internet en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Usted también puede llamar a servicios para miembros al 1-833-434-2347 para solicitarnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

QUÉ HACER AHORA

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está contento/a con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Consulte coberturas y costos de planes en su zona. Utilice el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio de Internet del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2023, usted permanecerá en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción con el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3.2, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó hace poco, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), usted puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados separado de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con servicios para miembros de Community First Health Plans al número gratuito 1-833-434-2347 para obtener información adicional:
 - Los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche, del 1 de octubre al 31 de marzo (cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad)
 - Lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche, del 1 de abril al 30 de septiembre (cerrado durante los feriados federales)
 - TTY 711 está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ser utilizado por miembros de Medicare sordos y con problemas de audición.
- Este folleto está disponible en diferentes formatos, incluidos braille y letra grande. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711, para miembros sordos y con problemas de audición) si desea que le envíen este folleto por correo en un formato diferente.
- **La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio en Internet del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

- El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) para coordinar sus prestaciones de Medicaid.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Community First Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).

Aviso Anual De Cambios Para 2024

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2024	Error! Bookmark not defined.	
SECCIÓN 1	A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) en 2024	8
SECCIÓN 2	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 2.1 – Cambios a la Prima Mensual.....		9
Sección 2.2 – Cambios en el importe máximo de su bolsillo		10
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias		11
Sección 2.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos.....		12
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D		12
SECCIÓN 3	Decidiendo qué plan elegir	18
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)		18
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan		18
SECCIÓN 4	Cambiar los planes	19
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 7	¿Preguntas?	22
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)		22
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....		23
Sección 7.3 – Obtener ayuda del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid)		23

Resumen de Costos Importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Estos son los montos de costos compartidos para 2023 y pueden cambiar para 2024. El Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0 No hay cambios en la prima del plan 2024
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 copago por visita
	Visitas a especialistas: \$0 copago por visita	Visitas a especialistas: \$0 copago por visita
Hospitalizaciones	\$0 al día durante los días 1 a 90	\$0 al día durante los días 1 a 90

**Cobertura de medicamentos
recetados Parte D** (Vea la sección
2.5 para más detalles.)

Deducible: \$505*
(excepto los productos de
insulina cubiertos y la
mayoría de las vacunas de
la Parte D)

Copago/Coseguro durante
la Etapa de Cobertura
Inicial:

- Medicamento Nivel 1:
25% del coseguro o
\$0/\$4.23*
- Medicamento de nivel
2: 25% del coseguro o
\$0/\$14,90*
- Medicamento de
Nivel 3: 25% del
coseguro o
\$0/\$112.85*
*Usted no paga más de
\$35 por mes de
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel.*
- Medicamento Nivel 4:
25% del coseguro o
\$0/\$63.71*
- Medicamento Nivel 5:
25% del coseguro o
\$0/\$946,55*

Cobertura catastrófica:

- Durante esta etapa de
pago, el plan abona la
mayor parte del coste
de sus medicamentos
cubiertos.
- Por cada receta, usted
paga lo que sea
mayor: un pago
equivalente al 5%

Deducible: \$505* (excepto
los productos de insulina
cubiertos y la mayoría de
las vacunas de la Parte D)

Copago/Coseguro durante
la Etapa de Cobertura
Inicial:

- Medicamento Nivel 1:
25% del coseguro o
\$0/\$4.50*
- Medicamento de nivel
2: 25% del coseguro o
\$0/\$23,76*
- Medicamento de Nivel
3: 25% del coseguro o
\$0/\$132.86
*Usted no paga más de
\$35 por mes de
suministro de cada
producto de insulina
cubierto en este nivel.*
- Medicamento de nivel
4: 25% del coseguro o
\$0/\$124,47*
- Medicamento de nivel
5: 25% del coseguro o
\$0/\$1.177,69*

Cobertura catastrófica:

- Durante esta etapa de
pago, el plan paga el
costo total de sus
medicamentos cubiertos
de la Parte D. Usted no
paga nada. Usted no
paga nada.
- Es posible que tenga
gastos compartidos por
los medicamentos

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	del coste del medicamento (esto se denomina coseguro), o un copago (4,15 \$ por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y 10,35 \$ por todos los demás medicamentos).	cubiertos por nuestra prestación mejorada.
Maximum out-of-pocket amount This is the <u>most</u> you will pay out-of-pocket for your covered Part B services. (See Section 2.2 for details.)	\$7,550 If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Medicaid, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.	\$8,850 If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Medicaid, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.

* El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid o “ayuda adicional.”

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) en 2024

Si usted no hace nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través del Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Si usted desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados, usted deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (este año)
Prima mensual <i>No hay cambios en la prima mensual.</i> (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted.)	\$0	\$0

Sección 2.2 – Cambios en el importe máximo de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (este año)
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de las Partes A y B, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* se encuentra en nuestro sitio en Internet en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Usted también puede llamar a servicios para miembros al 1-833-434-2347 para obtener información sobre proveedores o pedirnos que le enviemos por correo una copia del *Directorio de proveedores* actual.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura, incluidas limitaciones, remisiones, autorizaciones previas y costos de los servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué usted paga)* en su *evidencia de cobertura* de 2024.

- **Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
- **Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina** - A partir de julio de 2023, el costo compartido de la insulina suministrada a través de un artículo DME está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes. *Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha alcanzado su deducible.*

Costo	2023 (este año)	2024 (este año)
Artículos de venta libre	Usted tiene una cobertura del plan de \$240 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.	Usted tiene una cobertura del plan de \$315 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.
Audífonos	Usted tiene una cobertura máxima del plan de \$1.500 anuales, para ambos oídos, en concepto de audífonos.	Tiene una cobertura máxima del plan de \$3.500 anuales, para ambos oídos, en concepto de audífonos.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en formato electrónico y está disponible en nuestro sitio en Internet en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). **Usted también puede**

obtener la “Lista de medicamentos” *completa* llamando a servicios para miembros al 1-833-434-2347.

No hemos realizado ningún cambio en nuestra “Lista de medicamentos” para el próximo año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. También podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por el fabricante del producto. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si usted recibe “ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, usted puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no aplique para usted. **Nota:** Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le hemos enviado un folleto por separado, llamado “cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también llamada cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos o cláusula LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 1 de octubre de 2023, llame a Servicios para Miembros y solicite la cláusula LIS.

Hay **cuatro etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: La etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: La etapa de período sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios a la etapa deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (este año)
<p>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zoster, el tétanos y para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$505, según el nivel de “ayuda adicional” que reciba. (Consulte la cláusula LIS separada para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$545, según el nivel de “ayuda adicional” que reciba. (Consulte la cláusula LIS separada para conocer el monto de su deducible).</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (este año)
<p>Stage 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta columna son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted obtiene su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o para recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura). O ha pagado un principio de desembolso directo de \$7,400 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura). O ha pagado un principio de desembolso directo de \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de Cobertura catastrófica).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y cobertura catastrófica.

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica - son para personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de interrupción de cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si usted llega a la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Decidiendo qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si usted no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si usted desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- O-- Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar los planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, usted podrá hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, quienes reciben “ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen o dejarán la cobertura del empleador y quienes se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene [Inserte el nombre del programa Medicaid], es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si usted se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de Salud de Texas (HICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare. Los consejeros de HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a HICAP al 1-800-252-9240 (TTY 1-800-735-2989). Puede obtener más información sobre HICAP visitando su sitio en Internet en <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Si usted tiene preguntas sobre los beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-512-424-6500 o al 1-800-252-8263, de lunes a viernes, 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “ayuda adicional”, también llamada subsidio para personas de bajos ingresos. La “ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si usted tiene preguntas sobre la “ayuda adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 de la mañana a 7 de la tarde, de lunes a viernes para un hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Kidney Health Care que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa estatal de asistencia sobre seguros médicos.
- **Asistencia con costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche (del 1 de abril - 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2024* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este Aviso Anual de Cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2024* para el Plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). La descripción legal y detallada de los beneficios de su plan explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio en Internet en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Usted también puede llamar Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio en Internet

También puede visitar nuestro sitio web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (“*Formulario/Lista de medicamentos*”).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio de Medicare en Internet

Visite el sitio de Medicare en Internet en (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio de Medicare en Internet.

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Obtener ayuda del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid)

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-512-424-6500 o al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.

Vigente a partir del 1 de enero de 2024

**Evidencia de cláusula de cobertura
para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados
(también llamada cláusula de subsidio de bajos ingresos o cláusula LIS)**

Este aviso es parte de la Evidencia de Cobertura del Plan Dual Elegible de Necesidades Especiales (HMO D-SNP) de Community First Medicare Advantage. Conserve este aviso.

Nuestros registros muestran que califica para recibir ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima mensual, deducible anual y costo compartido de medicamentos recetados.

Como miembro de nuestro plan, recibirá la misma cobertura que alguien que no recibe ayuda adicional. Su membresía en nuestro Plan no se verá afectada por la ayuda adicional. Esto también significa que debe seguir todas las reglas y procedimientos de la Evidencia de Cobertura.

Consulte la tabla a continuación para obtener una descripción de su cobertura de medicamentos recetados:

La prima mensual de su plan es	Su deducible anual es	Su monto de costo compartido para medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes no es más de	Su monto de costo compartido para todos los demás medicamentos no es más de
\$0*	\$545	\$0/\$1.55/\$4.50 (cada receta)	\$0/\$4.60/\$11.20 (cada receta)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que aún deba pagar. La prima del plan que paga se ha calculado en función de la prima del plan y la cantidad de ayuda adicional que recibe.

Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre el pago de la prima de su plan.

Una vez que la cantidad que tanto usted como Medicare pagan (como ayuda adicional) alcance los \$8,000 en un año, su(s) cantidad(es) de copago disminuirá(n) a \$0 por receta/\$4.50 para medicamentos genéricos y de marca preferida que son de múltiples fuentes, u \$11.20 para todos los demás.

Medicare o el Seguro Social revisarán periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que aún califica para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de medicamentos

recetados de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional podría cambiar si hay un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o se vuelve soltero(a), o si pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, visite [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o comuníquese con Plan Dual Elegible de Necesidades Especiales (HMO D-SNP) de Community First Medicare Advantage al 1-833-434-2347, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera de horario y los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Atentamente,

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