

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

Annual Notice of Changes for 2025

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 you 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. You may also call Member Services at 1-833-434-2347 to ask us to mail you the *Evidence of Coverage*.

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 coverage restrictions and cost sharing.
 - Think about how much you will spend on premiums, deductibles, and cost sharing.
 - Check the changes in the 2025 “Drug List” to make sure the drugs you currently take are still covered.
 - Compare the 2024 and 2025 plan information to see if any of these drugs are moving to a different cost-sharing tier or will be subject to different restrictions, such as prior authorization, step therapy, or a quantity limit, for 2025.
- Check to see if your primary care doctors, specialists, hospitals, and other providers, including pharmacies will be in our network next year.
- Check if you qualify for help paying for prescription drugs. People with limited incomes may qualify for “Extra Help” from Medicare.
- 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 Medicare.gov/plan-compare or review the list in the back of your *Medicare & You 2025* handbook. For additional support, contact your State Health Insurance

Program (SHIP) to speak with a trained counselor.

- 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, 2024, 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, 2025**. This will end your enrollment with Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).
- Look in Section 3.2 to learn more about your choices.
- If you recently moved into or currently live in 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. If you recently moved out of an institution, you have an opportunity to switch plans or switch to Original Medicare for two full months after the month you move out.

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
 - Monday – Friday, from 8 a.m. to 8 p.m., April 1- September 30
 - 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 [IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://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).
- Community First Health Plans, Inc. is a HMO/HMO SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First Health Plans, Inc. depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) and Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). This information is not a complete description of benefits. Call 1-833-434-2347 or 711 for more information. You must continue to pay your Medicare Part B premium.

Annual Notice of Changes for 2025
Table of Contents

Summary of Important Costs for 2025..... 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 2025 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..... 11

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 Deadline for Changing Plans18

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?..... 21

Section 7.1 – Getting Help from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)..... 21

Section 7.2 – Getting Help from Medicare 21

Section 7.3 – Getting Help from Medicaid22

Summary of Important Costs for 2025

The table below compares the 2024 costs and 2025 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 Medicaid, you pay \$0 for your deductible, doctor office visits, and inpatient hospital stays.

These are 2025 cost-sharing amounts and may change for 2026. Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) will provide updated rates as soon as they are released.

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
Monthly plan premium* * Your premium may be higher. See Section 2.1 for details.	\$0	\$0 There are no changes to the 2025 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: \$545* (except for covered insulin products and most Part D vaccines)	Deductible: \$590* (except for covered insulin products and most Part D vaccines)

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
	<p><i>Copayment/Coinsurance during the Initial Coverage Stage:</i></p> <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* <p><i>You pay no more than \$35 per month supply of each covered insulin product on this tier.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 4: 25% of coinsurance or \$0/\$124.47* • Drug Tier 5: 25% of coinsurance or \$0/\$1,177.69* <p><i>Catastrophic Coverage:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • During this payment stage, the plan pays most of the cost for your covered Part D drugs. • You may have cost sharing for drugs that are covered under our enhanced benefit. 	<p><i>Copayment/Coinsurance during the Initial Coverage Stage:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 1: 25% of coinsurance or \$0/\$5.04* • Drug Tier 2: 25% of coinsurance or \$0/\$31.12* • Drug Tier 3: 25% of coinsurance or \$0/\$127.14 <p><i>You pay no more than \$35 per month supply of each covered insulin product on this tier.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Drug Tier 4: 25% of coinsurance or \$0/\$132.54* • Drug Tier 5: 25% of coinsurance or \$0/\$756.45* <p><i>Catastrophic Coverage:</i></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	2024 (this year)	2025 (next year)
<p>Maximum out-of-pocket amount</p> <p>This is the <u>most</u> you will pay out-of-pocket for your covered Part A and Part B services. (See Section 2.2 for details.)</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>	<p>\$9,150</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 2025

If you do nothing in 2024, we will automatically enroll you in our Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). This means starting January 1, 2025, 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, 2025.

SECTION 2 Changes to Benefits and Costs for Next Year

Section 2.1 – Changes to the Monthly Premium

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
<p>Monthly premium</p> <p><i>There are no changes to the monthly premium.</i></p> <p>(You must also continue to pay your Medicare Part B premium unless it is paid for you by Medicaid.)</p>	\$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	2024 (this year)	2025 (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>\$8,850</p>	<p style="text-align: center;">\$9,150</p> <p>Once you have paid \$9,150 out-of-pocket for covered Part A and Part B services, you will pay nothing for your covered Part A and Part B services for the rest of the calendar year.</p>

Section 2.3 – Changes to the Provider and Pharmacy Networks

Amounts you pay for your prescription drugs may depend on which pharmacy you use. Medicare drug plans have a network of pharmacies. In most cases, your prescriptions are covered only if they are filled at one of our network pharmacies.

Updated directories are located on our website at CommunityFirstMedicare.com. You may also call Member Services for updated provider and/or pharmacy information or to ask us to mail you a directory, which we will mail within three business days.

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

There are changes to our network of providers for next year. **Please review the 2025 Provider Directory CommunityFirstMedicare.com to see if your providers (primary care provider, specialists, hospitals, etc.) are in our network.**

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.

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
Over-the-Counter Items	You have a \$315 plan coverage amount per quarter (with rollover) every year.	You have a \$475 plan coverage amount per quarter (with rollover) every year.
Hearing Aids	You have a \$3,500 maximum plan coverage amount for both ears for hearing aid benefits every year.	You have a \$4,000 maximum plan coverage amount for both ears for hearing aid benefits every year.

Transportation	You have 60 transportation one-way services per year.	You have 75 transportation one-way services per year.
Diagnostic and Preventive Dental	You have a maximum amount of \$1,900 per year.	You have a maximum amount of \$3,500 per year.
Eyewear	You have a combined maximum amount of \$275 per year.	You have a combined maximum amount of \$375 per 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 made changes to our Drug List, which could include removing or adding drugs, changing the restrictions that apply to our coverage for certain drugs or moving them to a different cost-sharing tier. **Review the Drug List to make sure your drugs will be covered next year and to see if there will be any restrictions, or if your drug has been moved to a different cost-sharing tier.**

Most of the changes in the Drug List are new for the beginning of each year. However, we might make other changes that are allowed by Medicare rules that will affect you during the plan year. We update our online Drug List at least monthly to provide the most up-to-date list of drugs. If we make a change that will affect your access to a drug you are taking, we will send you a notice about the change.

If you are affected by a change in drug coverage at the beginning of the year or during the year, please review Chapter 9 of your Evidence of Coverage and talk to your doctor to find out your options, such as asking for a temporary supply, applying for an exception, and/or working to find a new drug. You can also contact Member Services for more information.

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, 2024, please call Member Services and ask for the LIS Rider.

Beginning in 2025, there are three **drug payment stages**: the Yearly Deductible Stage, the Initial Coverage Stage, and the Catastrophic Coverage Stage. The Coverage Gap Stage and the Coverage Gap Discount Program will no longer exist in the Part D benefit.

The Coverage Gap Discount Program will be replaced by the Manufacturer Discount Program. Under the Manufacturer Discount Program, drug manufacturers pay a portion of the plan’s full cost for covered Part D brand name drugs and biologics during the Initial Coverage Stage and the Catastrophic Coverage Stage. Discounts paid by manufacturers under the Manufacturer Discount Program do not count toward out-of-pocket costs.

Changes to the Deductible Stage

Stage	2024 (this year)	2025 (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 \$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>	<p>The deductible is \$590.</p> <p>Your deductible amount is either \$0 or \$590, 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	2024 (this year)	2025 (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.</p> <p>Most adult Part D vaccines are covered at no cost to you.</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>	<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/\$5.04*</p> <p>Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$31.12*</p> <p>Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$127.14*</p> <p>Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$132.54*</p> <p>Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$756.45*</p>

Stage	2024 (this year)	2025 (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 \$5,030, you will move to the next stage (the Coverage Gap Stage). Or once you have paid \$8,000 out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).</p>	<p>Once you have paid \$2,000 out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).</p>

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

Changes to the Catastrophic Coverage Stages

The Catastrophic Coverage Stage is the third and final stage. Beginning in 2025, drug manufacturers pay a portion of the plan's full cost for covered Part D brand name drugs and biologics during the Catastrophic Coverage Stage. Discounts paid by manufacturers under the Manufacturer Discount Program do not count toward out-of-pocket costs.

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, 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 2025 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 ([Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), read the *Medicare & You 2025* 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 Deadline for 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, 2025.

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

Because you have Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP), you can end your membership in our plan any month of the year. You also have options to enroll in another Medicare plan any month including:

- Original Medicare with a separate Medicare prescription drug plan,
- Original Medicare without a separate Medicare prescription drug plan (If you choose this option, Medicare may enroll you in a drug plan, unless you have opted out of automatic enrollment.), or
- If eligible, an integrated D-SNP that provides your Medicare and most or all of your Medicaid benefits and services in one plan.

If you enrolled in a Medicare Advantage plan for January 1, 2025, 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, 2025.

If you recently moved into or currently live in 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. If you recently moved out of an institution, you have an opportunity to switch plans or switch to Original Medicare for two full months after the month you move out.

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 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, yearly 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. To be eligible for the ADAP operating in your State, 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, how to enroll in the program or if you are currently enrolled how to continue receiving assistance, please call Texas HIV Medication Program at 1-800-255-1090. Be sure, when calling, to inform them of your Medicare Part D plan name or policy number.
- **The Medicare Prescription Payment Plan.** The Medicare Prescription Payment Plan is a new payment option to help you manage your out-of-pocket drug costs, starting in 2025. This new payment option works with your current drug coverage, and it can help you manage your drug costs by spreading them across **monthly payments that vary throughout the year** (January – December). **This payment option might help you manage your expenses, but it doesn’t save you money or lower your drug costs.** “Extra Help” from Medicare and help from your SPAP and ADAP, for those who qualify, is more advantageous than participation in the Medicare Prescription Payment Plan. All Members are eligible to participate in this payment option, regardless of income level, and all Medicare drug plans and Medicare health plans with drug coverage must offer this payment option. To learn more about this payment option, please contact Member Services at 1-833-434-2347 or visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

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., 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.

Read your 2025 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 2025. For details, look in the *2025 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. 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. 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 (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 Medicare.gov/plan-compare.

Read *Medicare & You 2025*

Read the *Medicare & You 2025* 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 ([Medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](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 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, 2025

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

Please keep this notice. This notice is part of the Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) Evidence of Coverage. 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, 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*	\$590	\$5.04/\$31.12/\$127.14 (each prescription)	\$132.54/\$756.45 (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 \$2,000 in a year, your copayment amount(s) will go down to \$0 for covered Part D drugs.

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

(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 el 2025

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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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*.

Qué hacer ahora

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

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico/a, 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” del 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información de los planes 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para el 2025.
- Verifique sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- 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 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, usted permanecerá en el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (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 2025**. Esto finalizará su inscripción con el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP).
 - Consulte la Sección 3.2 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. Si recientemente se pasó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se pase.

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
 - Lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche, del 1 de abril al 30 de septiembre
 - 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 [IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://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).
- Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO SNP con un contrato con Medicare y la agencia Medicaid del estado de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa bajo los nombres del plan de Medicare Advantage Alamo de Community First (HMO) y el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Aviso anual de cambios para 2025
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para el 2025	6
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 el 2025	9
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	10
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	10
Sección 2.2 – Cambios en el importe máximo de su bolsillo	11
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	12
Sección 2.4 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos.....	13
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 3 Decidiendo qué plan elegir.....	20
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4 Cambiar los planes.....	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	23
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	24
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)	24
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	25
Sección 7.3 – Obtener ayuda del departamento de salud y servicios humanos de Texas (Medicaid)	25

Resumen de costos importantes para el 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 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 2025 y pueden cambiar para 2026. El plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
*Su prima puede ser más alta. Consulte la sección 2.1 para obtener más detalles.		No hay cambios en la prima del plan 2025
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 copago por visita Visitas a especialistas: \$0 copago por visita	Visitas de atención primaria: \$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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados Parte D (Vea la sección 2.5 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$545* (excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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* <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento nivel 4: 25% del coseguro o \$0/\$124.47* • Medicamento nivel 5: 25% del coseguro o \$0/\$1,177.69* <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan abona la mayor parte de coste de sus medicamentos cubiertas. • Es posible que tenga gastos compartidos por los medicamentos cubiertos por nuestra prestación mejorada. 	<p>Deducible: \$590* (excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D)</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento nivel 1: 25% del coseguro o \$0/\$5.04* • Medicamento de nivel 2: 25% del coseguro o \$0/\$31.12* • Medicamento de nivel 3: 25% del coseguro o \$0/\$127.14 <p>Usted no paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 4: 25% del coseguro o \$0/\$132.54* • Medicamento de nivel 5: 25% del coseguro o \$0/\$756.45* <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. • Es posible que tenga gastos compartidos por los medicamentos cubiertos por nuestra prestación mejorada.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso personal</p> <p>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p> <p>(Consulte la sección 2.2 para obtener más detalles.)</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,150</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

* 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 el 2025

Si usted no hace nada en 2024, 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 del 2025, 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 del 2025.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
<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.)		

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	2024 (este año)	2025 (próximo 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>\$8,850</p>	<p>\$9,150</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,150 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). También puede llamar a servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, que le enviaremos dentro de los tres días hábiles siguientes.

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

Hay cambios en los proveedores de nuestra red para el próximo año. **Por favor, revise el *directorio de proveedores del 2025* para ver si sus proveedores (médico/a de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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.

El año que viene realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Artículos de venta libre	Usted tiene una cobertura del plan de \$315 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.	Usted tiene una cobertura del plan de \$475 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.
Audífonos	Usted tiene una cobertura máxima del plan de \$3,500 anuales, para ambos oídos, en concepto de audífonos.	Tiene una cobertura máxima del plan de \$4,000 anuales, para ambos oídos, en concepto de audífonos.
Transporte	Usted tiene 60 servicios de transporte de ida por año.	Usted tiene 75 servicios de transporte de ida por año.
Atención preventiva y diagnóstica dental	Usted tiene un monto máximo de \$1,900 por año.	You have a maximum amount of \$3,500 per year.
Anteojos	Usted tiene una cantidad máxima combinada de \$275.	Usted tiene una cantidad máxima combinada de \$375.

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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). **Usted también puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando a servicios para miembros al 1-833-434-2347.

Realizamos cambios en nuestra lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el capítulo 9 de su *evidencia de cobertura* y hable con su médico/a para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

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 2024, llame a Servicios para miembros y solicite la cláusula LIS.

A partir del 2025, hay **tres etapas de pago de medicamentos**: La etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de brecha de cobertura y el programa de descuento por brecha de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El programa de descuento por brecha de cobertura será reemplazado por el programa de descuento de fabricantes. Bajo el programa de descuento de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el programa de descuento de fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios a la etapa deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo 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 \$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>	<p>El deducible es de \$590.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$590, según el nivel de “ayuda adicional” que reciba. (Consulte la cláusula LIS separada para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, usted pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$4.50*</p> <p>Nivel 2: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$23.76*</p> <p>Nivel 3: Usted paga el 25% del costo total o \$0/\$132.86*</p> <p>Nivel 4: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$124.47*</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$1,177.69*</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total o \$0/\$5.04*</p> <p>Nivel 2: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$31.12*</p> <p>Nivel 3: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$127.14*</p> <p>Nivel 4: Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$132.54*</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 25% del costo total o \$0/\$756.45*</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo 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 \$5,030, usted 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>	<p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

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

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

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

Si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Es posible que tenga que compartir los costos de 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 el 2025, 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 ([Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2025*, 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 del 2025.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

Debido a que usted tiene el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP), usted puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, entre ellas:

- Medicare original con un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente,
- Medicare original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática) o,
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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. Si recientemente se pasó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se pase.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

La programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) 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 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. Asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare cuando llame.
- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayudará a administrar los costos de sus medicamentos de bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que**

varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. La “ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicios para miembros al 1-833-434-2347 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

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 2025* (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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *evidencia de cobertura 2025* 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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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 en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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 ([Medicare.gov](https://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 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. 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 ([Medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf](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 del 2025

**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)**

Conserve este aviso. Este aviso es parte de la *evidencia de cobertura* del plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). 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*	\$590	\$5.04/\$31.12 /\$127.14 (cada receta)	\$132.54/\$756.45 (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 el monto que usted y Medicare paguen (como ayuda adicional) alcance los \$2,000 en un año, el monto de su copago se reducirá a \$0 para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP) al 1-833-434-2347, de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de de la mañana a 8 de la noche, (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
Plan Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP)