

**Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) 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 Alamo Plan (HMO). Next year, there will be some changes to the plan's costs and benefits. *Please see page 4 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*.

- **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).
 - Think about how much you will spend on premiums, deductibles, and cost sharing.
- Check to see if your primary care doctors, specialists, hospitals and other providers 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 the [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) website or review the list in the back of your *Medicare & You 2025* handbook. For additional support, contact your State Health Insurance Assistance 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 Alamo Plan (HMO).

- 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 Alamo Plan (HMO).
- 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 department 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 would 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 Alamo Plan (HMO)

- 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.
- When this booklet says “we,” “us,” or “our,” it means Community First Health Plans. When it says “plan” or “our plan,” it means Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

Annual Notice of Changes for 2025
Table of Contents

Summary of Important Costs for 2025..... 4

SECTION 1 Unless You Choose Another Plan, You Will Be Automatically Enrolled in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) in 2025 5

SECTION 2 Changes to Benefits and Costs for Next Year..... 5

Section 2.1 – Changes to the Monthly Premium.....5

Section 2.2 – Changes to Your Maximum Out-of-Pocket Amount6

Section 2.3 – Changes to the Provider Network7

Section 2.4 – Changes to Benefits and Costs for Medical Services..... 8

SECTION 3 Deciding Which Plan to Choose 10

Section 3.1 – If you want to stay in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)10

Section 3.2 – If you want to change plans..... 10

SECTION 4 Deadline for Changing Plans 11

SECTION 5 Programs That Offer Free Counseling about Medicare 11

SECTION 6 Programs That Help Pay for Prescription Drugs..... 12

SECTION 7 Questions? 13

Section 7.1 – Getting Help from Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)13

Section 7.2 – Getting Help from Medicare14

Summary of Important Costs for 2025

The table below compares the 2024 costs and 2025 costs for Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) in several important areas. **Please note this is only a summary of costs.**

A copy of the *Evidence of Coverage* is located on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). You can also call our Member Services department if you would like a copy of the *Evidence of Coverage* mailed to you.

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
Monthly plan premium	\$0	\$0 There are no changes to the 2025 plan premium
Maximum out-of-pocket amount This is the <u>most</u> you will pay out-of-pocket for your covered Part A and B services. (See Section 2.2 for details.)	\$4,500	\$3,500
Doctor office visits	Primary care visits: \$0 per visit Specialist visits: \$30 per visit	Primary care visits: \$0 per visit Specialist visits: \$15 per visit
Inpatient hospital stays	You pay a \$175 copay per day for days 1-6 and a \$0 copay for days 7-90.	You pay a \$175 copay per day for days 1-6 and a \$0 copay for days 7-90.

SECTION 1 Unless You Choose Another Plan, You Will Be Automatically Enrolled in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) in 2025

If you do nothing by December 7, 2024, we will automatically enroll you in our Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). This means starting January 1, 2025, you will be getting your medical coverage through Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). If you want to change plans or switch to Original Medicare, you must do so between October 15 and December 7. If you are eligible for “Extra Help,” you may be able to change plans during other times.

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)
Monthly premium	\$0	\$0
<p><i>There are no changes to the monthly premium.</i> (You must also continue to pay your Medicare Part B premium.)</p>		

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 A and B services for the rest of the year.

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
<p>Maximum out-of-pocket amount Your costs for covered medical services (such as copays) count toward your maximum out-of-pocket amount.</p>	\$4,500	<p style="text-align: center;">\$3,500</p> <p>Once you have paid \$3,500 out-of-pocket for covered Part A and B services, you will pay nothing for your covered Part A and B services for the rest of the calendar year.</p>
<p>Part D annual out-of-pocket cost threshold</p>	\$8,000	<p style="text-align: center;">\$2,000</p> <p>The Coverage Gap Stage has been eliminated and a Medicare Prescription Payment Plan has been established to help you pay for your prescriptions.</p>

Section 2.3 – Changes to the Provider Network

The *Provider Directory* is located on our website at CommunityFirstMedicare.com. You may also call Member Services at 1-833-434-2347 for updated provider information or to ask us to mail you a directory, which we will mail within three business days.

There are changes to our network providers for next year. **Please review the 2025 *Provider Directory* 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) that are 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 you.

Section 2.4 – Changes to Benefits and Costs for Medical Services

We are making changes to costs and benefits for certain medical services next year. 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 *2025 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 2024, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of \$35 for a one-month 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	2024 (this year)	2025 (next year)
Mental health specialty services	Individual Sessions \$30 Group Sessions \$30	Individual Sessions \$15 Group Sessions \$15
Over-the-counter items	You have a \$90 plan coverage per quarter (with rollover) every year.	You have a \$175 plan coverage per quarter (with rollover) every year.
Additional telehealth benefits	Maximum copay \$30	Maximum copay \$25
Other health care professional	\$30 copay	\$15 copay
Transportation	You have 60 transportation one-way services per year.	You have 70 transportation one-way services per year.
Diagnostic and Preventive Dental	You have a maximum amount of \$1,800 per year.	You have a maximum amount of \$2,500 per year.
Eyewear	You have a combined maximum amount of \$200 per year.	You have a combined maximum amount of \$300 per year.

Cost	2024 (this year)	2025 (next year)
Rx Insulin Tier 1	1-month supply \$30	1-month supply \$7
Preferred Generic	2-month supply \$60	2-month supply \$14
and Tier 2 Generic	3-month supply \$75	3-month supply \$17.50
	Long-term care \$30	Long-term care \$7

SECTION 3 Deciding Which Plan to Choose

Section 3.1 – If you want to stay in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

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 Alamo Plan (HMO).

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. If you do not enroll in a Medicare drug plan, there may be a potential Part D late enrollment penalty.

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 (SHIP) (see Section 5), or call Medicare (see Section 7.2).

You can also find information about plans in your area by using the Medicare Plan Finder on the Medicare website. Go to [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). **Here, you can find information about Medicare plan costs, coverage, and quality ratings.**

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 Alamo Plan (HMO).
- **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 Alamo Plan (HMO).
- **To change to Original Medicare without a prescription drug plan**, you must either:
 - Send us a written request to disenroll or visit our website to disenroll online. Contact Member Services if you need more information on how to do so (phone numbers are in Section 7.1)
 - – *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.

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?

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.

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.

SECTION 5 Programs That Offer Free Counseling about Medicare

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. 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

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.** People with limited incomes may qualify for “Extra Help” to pay for their prescription drug costs. If you qualify, Medicare could pay up to 75% or more of your drug costs, including monthly prescription drug premiums, annual deductibles, and coinsurance. Additionally, those who qualify will not have a late enrollment penalty. To see if you qualify, 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.
- **Help from your state’s pharmaceutical assistance program.** Texas has a program called Kidney Health Care (KHC) 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.
- **What if you have coverage from an AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?** The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) helps ADAP-eligible individuals living with HIV/AIDS have access to life-saving HIV medications. Medicare Part D prescription drugs that are also covered by ADAP qualify for prescription cost-sharing assistance through the Texas HIV Medication Program (THMP). **Note:** 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.

If you are currently enrolled in an ADAP, it can continue to provide you with Medicare Part D prescription cost-sharing assistance for drugs on the ADAP formulary. In order to be sure you continue receiving this assistance, please notify your local ADAP enrollment worker of any changes in your Medicare Part D plan name or policy number.

For information on eligibility criteria, covered drugs, or how to enroll in the program, please call THMP at 1-888-311-7632

SECTION 7 Questions?

Section 7.1 – Getting Help from Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

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); from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. Monday - Friday, (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 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 Alamo Plan (HMO). 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*).

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](https://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 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.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.

Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) 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 Alamo (HMO). El próximo año, habrá algunos 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*.

- **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 le 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/a, hospital).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos o médicas de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores 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 [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 Alamo (HMO).

- **Para cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 del enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción con el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).
- 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 Alamo (HMO)

- 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.
- 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 Alamo (HMO).

Aviso anual de cambios para el 2025 **Tabla de contenidos**

Resumen de costos importantes para el 2025	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted quedará inscrito automáticamente en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) en 2025	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Section 2.2 – Cambios en el importe máximo de su bolsillo.....	8
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	9
Sección 2.4 – Cambios en las prestaciones y en el costo de los servicios médicos.....	10
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)	12
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16

Resumen de costos importantes para el 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los costos.**

Usted puede encontrar una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio en Internet [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). También puede llamar a Servicios para miembros si desea que le envíen por correo una copia de la *evidencia de cobertura*.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0 No hay cambios en la prima del plan 2025
Monto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará en desembolso personal para su cobertura de servicios de la Parte A y Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más detalles)	\$4,500	\$3,500
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$30 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$15 por visita
Hospitalizaciones	Usted paga un copago de \$175 dólares por día durante los días 1 a 6 y un copago de \$0 dólares durante los días 7-90	Usted paga un copago de \$175 dólares por día durante los días 1 a 6 y un copago de \$0 dólares durante los días 7-90.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, usted quedará inscrito automáticamente en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) en 2025

Si usted no hace nada antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero del 2025, usted obtendrá su cobertura médica a través del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Si usted desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si usted es elegible para “ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

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 <i>No hay cambios en la prima mensual.</i> (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	\$0
Parte D umbral de costo anual de bolsillo	\$8,000	\$2,000 Se ha eliminado la etapa de brecha de cobertura y se ha establecido un plan de pago de recetas de Medicare para ayudarlo a pagar sus recetas.

Section 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 usted alcance esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de desembolso directo.</p>	\$4,500	<p style="text-align: center;">\$3,500</p> <p>Una vez que usted haya pagado \$3,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año calendario.</p>
<p>Parte D umbral de costo anual de bolsillo</p>	\$8,000	<p>Se ha eliminado la etapa de brecha de cobertura y se ha establecido un plan de pago de recetas de Medicare para ayudarlo a pagar sus recetas.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

El *directorío de proveedores* se encuentra en nuestro sitio en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). Usted también puede llamar a Servicios para miembros al 1-833-434-2347 para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un directorío por correo, que le enviaremos dentro de los tres días hábiles siguientes.

Hay cambios en los proveedores de nuestra red para el próximo año. **Por favor, revise el *directorío 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 y especialistas (proveedores) 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 en las prestaciones y en el costo de los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. 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 paga usted)* en su *evidencia de cobertura* de 2025.

- **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 2024, el costo compartido por 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios especializados de salud mental	Sesiones individuales \$30 Sesiones grupales \$30	Sesiones individuales \$15 Sesiones grupales \$15
Artículos de venta libre	Usted tiene una cobertura de plan de \$90 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.	Tiene una cobertura del plan de \$175 por trimestre (con refinanciamiento) cada año.
Beneficios adicionales de telesalud	\$30 copago máximo	\$25 copago máximo
Otros profesionales de la salud	\$30 copago	\$15 copago
Transporte	Usted tiene 60 servicios de transporte de ida por año.	Usted tiene 70 servicios de transporte de ida por año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención preventiva y diagnóstica dental	Usted tiene un monto máximo de \$1,800 por año	Usted tiene un monto máximo de \$2,500 por año
Anteojos	Usted tiene una cantidad máxima combinada de \$200.	Usted tiene una cantidad máxima combinada de \$300.
Insulina de prescripción de nivel 1 genérico preferido y nivel 2 genérica	Suministro para un mes \$30 Suministro para dos meses \$60 Suministro para tres meses \$75 Cuidado a largo plazo \$30	Suministro para un mes \$7 Suministro para dos meses \$14 Suministro para tres meses \$17.50 Cuidado a largo plazo \$7

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si 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 Alamo (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- Ó-- Puede cambiar a Medicare Original. Si usted cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se le aplique una multa por inscripción tardía de la Parte D.

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 en seguros médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Usted también puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio en Internet de Medicare. Visite a [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad del plan Medicare.**

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 Alamo (HMO).
- 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 Alamo (HMO).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1)
- – o – Comuníquese 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 teléfono con teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted 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?

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.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, usted 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 del 2025.

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), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted 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

El 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 asesoramiento y defensa de información Médica 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). Usted puede obtener más información sobre HICAP visitando su sitio en Internet en [HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare](https://www.hhs.gov/services/health/medicare).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para ver si usted califica, 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 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 (KHC) 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 (SHIP, por sus siglas en inglés).
- **¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?** El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP). **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de no asegurado o con seguro insuficiente.

Si actualmente usted está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos

en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a THMP al 1-888-311-7632.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

¿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 al 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* de 2025 para plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). La *evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Usted puede encontrar una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio en Internet en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). Usted también puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio en Internet

Usted también puede visitar nuestro sitio en Internet en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). Como recordatorio, nuestro sitio en Internet tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*directorío de proveedores*).

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 usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio de Medicare en Internet ([Medicare.gov/publications/10050-Medicare-and-You.pdf](https://www.Medicare.gov/publications/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.