

Es posible que reciba una **explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)** de su plan Community First Medicare Advantage después de su visita con un proveedor. Le mostrará los cargos totales de su visita y cuánto debe usted y su plan de salud. **Una EOB NO ES UNA FACTURA.** Puede usarla para hacer un seguimiento de cómo usted y su familia usan su cobertura. Es posible que reciba una factura por separado de su proveedor.

**A continuación, se muestra un ejemplo de cómo podría ser su explicación de beneficios de Community First Medicare Advantage.**

**1. Información de Servicios para miembros**

Llame a Servicios para miembros si usted tiene preguntas sobre su EOB o los servicios/beneficios que incluye su cobertura.

MONTHLY REPORT

**Medical and Hospital Claims Processed in November 2024**

Member Name  
Member Address  
Member City, State, Zip code  
Member Id

This is not a bill:

- This monthly report of claims we have processed tells what care you have received, what the plan has paid, and how much you have paid out of pocket (or can expect to be billed)
- If you owe anything, your doctors and other health care providers will send you a bill.
- This report covers medical and hospital care only.
- If you notice something suspicious that might be dishonest billing, you can report it by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day.

**COMMUNITY FIRST**  
HEALTH PLANS

**Community First Medicare Advantage Alamo Plan HMO**

Community First Health Plans, Inc. (Community First is a HMO/HMO SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) and the 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 (TTY 711) for more information. You must continue to pay your Medicare Part B Premium.

<https://communityfirsthealthplans.com/>

**Community First Medicare Advantage Alamo Plan HMO Member Services**

If you have questions, call us: 800-434-2347 1  
TTY: 711

We are here 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 - March 31) Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m. (April 1 - September 30), TTY 711 (24 hours a day/7 days a week)

This information is available for free in other languages. Please

Page 2 of 13

**2. Monto total de reclamos pagados (mes)**

La suma de todos los reclamos de seguro que pagó su plan de salud durante un solo mes.

**3. Monto total de reclamos pagados (año)**

La suma de todos los reclamos de seguro pagados por su plan de salud durante el año, hasta la fecha especificada.

Page 3 of 13

TOTALS for medical and hospital claims	Amount providers have billed the plan	Total cost (amount the plan has approved)	Plan's share	Your share
<b>2</b> Totals for this month (for claims processed from 11/01/2024 to 11/30/2024)	\$1,392.06	\$396.31	\$193.68	\$60.00
<b>3</b> Totals for 2024 (all claims processed through 11/30/2024)	\$2,326.09	\$564.49	\$331.86	\$90.00

#### 4. Costos de bolsillo

El monto que usted ha pagado, incluidos los deducibles, coseguros y copagos, que cuentan para su máximo de desembolso personal.

**YEARLY LIMIT - this limit gives you financial protection**

This limit tells the most you will have to pay in "out-of-pocket" costs for medical and hospital services covered by the plan.

This yearly limit is called your "out-of-pocket maximum." It puts a limit on how much you have to pay, but it does not put a limit on how much care you can get.

Your out-of-pocket spending for non-covered services will not count toward your yearly out-of-pocket maximum. This

As of 11/30/2024, **you have had \$0.00 in out-of-pocket costs** that count toward your \$4,500.00 out-of-pocket maximum for covered services. 4

#### 5. Descripción del servicio

Una descripción de los servicios de salud que usted recibió, como una visita al médico, un análisis de laboratorio o una evaluación.

#### 6. Cargos del proveedor

El monto que su proveedor le factura por su visita.

#### 7. Costo total

El monto que se le pagará a su proveedor.

#### 8. Participación del plan

El monto que su plan de salud (Community First) le pagará a su proveedor.

#### 9. Su participación

El monto que debe después de que su aseguradora haya pagado todo lo demás. Es posible que ya haya pagado parte de este monto. Los pagos realizados directamente a su proveedor no se pueden restar de este monto.

		6	7	8	9
Member Name Claim Number: (In-network provider)	Date of service	Amount the provider billed the plan	Total cost (amount the plan approved)	Plan's share	Your share
OFFICE O/P EST MOD 30 MIN (billing code 99214)	10/27/2024	\$200.00	\$80.21	\$50.21	\$0.00
DIABT BP <80 MM HG (billing code 3078F)	10/27/2024	\$0.01	\$0.00	\$0.00	\$0.00
SYST BP >= 140 MM HG (billing code 3077F)	10/27/2024	\$0.01	\$0.00	\$0.00	\$0.00
HG A1C LEVEL LT 7.0% (billing code 3044F)	10/27/2024	\$0.01	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>TOTALS:</b>		<b>\$200.03</b>	<b>\$80.21</b>	<b>\$50.21</b>	<b>\$30.00</b>
<b>Things to know about your denied claim:</b>					
<input type="checkbox"/> <b>NOTE: We have denied all or part of this claim.</b> However, you are not responsible for paying the billed amount because you received this service from a provider or based on a referral from a provider. <input type="checkbox"/> <b>If you have questions, you can contact:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Our Member Services (phone numbers are in the box on page 2)</li> <li><input type="checkbox"/> 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week. (TTY users should call 1-877-486-2048.)</li> </ul>					

#### Recordatorio importante

Pague sus facturas y guarde todos los documentos en un lugar seguro. Algunos proveedores no lo atenderán si tiene facturas pendientes de pago. Es posible que pueda pagar sus facturas en línea o por teléfono. Esto puede variar según su plan de salud y cobertura.

#### Apelaciones

Si usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud sobre la cobertura o el pago, es posible que pueda apelar. Si usted cree que le cobraron por pruebas o servicios que su plan debería pagar, guarde la factura. Llame a Servicios para miembros de Community First de inmediato.