

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

Annual Notice of Change for 2026

You are currently enrolled as a Member of Community First Health Plans Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).

This material describes changes to our plan's cost and benefits next year.

- **You have from October 15 until December 7 to make changes to your Medicare coverage for next year.** If you do not join another plan by December 7, 2025, you will stay in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- To change to a **different plan**, visit [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) or review the list in the back of your *Medicare & You 2026 Handbook*.
- Note this is only a summary of changes. More information about costs, benefits, and rules is in the *Evidence of Coverage*, which is located on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). You may also call Member Services at 1-833-434-2347 to ask us to mail you the *Evidence of Coverage*.

More Resources

- This document is available for free in Spanish.
- **ATTENTION:** If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.
- 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 through 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 Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO)

- Our plan has a written agreement with the Texas Health and Human Services Commission (Medicaid) program to coordinate your Medicaid benefits.
- 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 Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- Community First Health Plans, Inc. is a HMO/HMO D-SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First Health Plans depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (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.
- **If you do nothing by December 7, 2025, you will automatically be enrolled in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).** Starting January 1, 2026, you will get your medical and drug coverage through Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO). Go to Section 3 for more information about how to change plans and deadlines for making a change.

Table of Contents

Summary of Important Costs for 2026	4
SECTION 1 Changes to Benefits & Costs for Next Year	6
Section 1.1 – Changes to the Monthly Plan Premium.....	6
Section 1.2 – Changes to Your Maximum Out-of-Pocket Amount	7
Section 1.3 – Changes to the Provider Network	8
Section 1.4 – Changes to the Pharmacy Network	8
Section 1.5 – Changes to Benefits & Costs for Medical Services.....	9
Section 1.6 – Changes to Part D Drug Coverage	10
Section 1.7 – Changes to Prescription Drug Benefits & Costs.....	10
SECTION 2 Administrative Changes	15
SECTION 3 How to Change Plans	16
Section 3.1 – Deadlines for Changing Plans.....	16
Section 3.2 – Are there other times of the year to make a change?	17
SECTION 4 Get Help Paying for Prescription Drugs	18
SECTION 5 Questions?	19
Get Help from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).....	19
Get Free Counseling about Medicare	19
Get Help from Medicare	20
Get Help from Medicaid	20

Summary of Important Costs for 2026

Cost	2025 (this year)	2026 (next year)
Monthly plan premium	\$0	\$0
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 1.2 for details.)	\$9,150 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.	\$9,250 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.
Primary care office visits	\$0 per visit	\$0 per visit
Specialist office visits	\$0 per visit	\$0 per visit
Inpatient hospital stays Includes inpatient acute, inpatient rehabilitation, long-term care hospitals, and other types of inpatient hospital services. Inpatient hospital care starts the day you're formally admitted to the hospital with a doctor's order. The day before you're discharged is your last inpatient day.	\$0 per day for days 1-90	\$0 per day for days 1-90
Part D drug coverage deductible (See Section 1.7 for details)	Deductible: \$590 (except for covered insulin products and most Part D vaccines)	Deductible: \$615 (except for covered insulin products and most Part D vaccines)

Cost	2025 (this year)	2026 (next year)
<p>Part D drug coverage (See Section 1.6 for more information)</p>	<p>Initial Coverage Stage</p> <p>Drug Tier 1: You pay 25% of the total cost or \$0/\$5.04*</p> <p>Drug Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$31.12*</p> <p>Drug Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$127.14*</p> <p>Drug Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$132.54*</p> <p>Drug Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$756.45*</p>	<p>Initial Coverage Stage</p> <p>Drug Tier 1: You pay \$0 of the total cost or \$0/\$0*</p> <p>Drug Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$33.57*</p> <p>Drug Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$85.61*</p> <p>Drug Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$45.04*</p> <p>Drug Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$557.15*</p>

* Copayment depends on your level of eligibility for Medicaid or “Extra Help”

SECTION 1 Changes to Benefits and Costs for Next Year

Section 1.1 – Changes to the Monthly Plan Premium

Cost	2025 (this year)	2026 (next year)
<p>Monthly premium</p> <p>There are no changes to the monthly premium.</p> <p>(You must also continue to pay your Medicare Part B premium.)</p>	\$0	\$0

Section 1.2 – 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’ve paid this amount, you generally pay nothing for covered Part A and B services for the rest of the calendar year.

Cost	2025 (this year)	2026 (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>\$9,150</p>	<p>\$9,250</p> <p>Once you have paid \$9,250 out-of-pocket for covered Part A and B services, you’ll pay nothing for your covered Part A and B services for the rest of the calendar year.</p>

Section 1.3 – 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.

Our network of providers has changed for next year. **Review the 2026 *Provider Directory* to see if your providers (primary care provider, specialists, hospitals, etc.) are in our network.** Here's how to get an updated *Provider Directory*:

- Visit our website at CommunityFirstMedicare.com.
- Call Member Services at 1-833-434-2347 to get current provider information or to ask us to mail you a *Provider Directory*.

We can make changes to the hospitals, doctors, and specialists (providers) that are part of our plan during the year. If a mid-year change in our providers affects you, please contact Member Services so we may assist you. For more information on your rights when a network provider leaves our plan, go to Chapter 3, Section 2.3 of your *Evidence of Coverage*.

Section 1.4 – Changes to the Pharmacy Network

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

Our network of pharmacies has changed for next year. **Please review the 2026 *Pharmacy Directory* at CommunityFirstMedicare.com to see if your pharmacies are in our network.** Here's how to get an updated *Pharmacy Directory*:

- Visit our website at CommunityFirstMedicare.com.
- Call Member Services at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) to get current pharmacy information or to ask us to mail you a *Pharmacy Directory*.

We can make changes to the pharmacies that are a part of your plan during the year. If a mid-year change in our pharmacies affects you, please contact Member Services at 1-833-434-2347 (TTY 711) for help.

Section 1.5 – Changes to Benefits & 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 2026 Evidence of Coverage.

Cost	2025 (this year)	2026 (next year)
Over-the-counter items	You have a \$475 plan coverage per quarter (with rollover) every year.	You have a \$50 plan coverage per quarter (with rollover) every year.
Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI) SSBCI benefits may include groceries, home modifications (e.g., ramps, grab bars), meals, social support services	Not covered	You have \$110 per quarter every year. (Must meet eligibility requirement.)
Diagnostic and Preventive Dental	You have a maximum amount of \$3,500 per year.	You have a maximum amount of \$2,000 per year.
Transportation	You have 75 transportation one-way services per year.	You have 55 transportation one-way services per year.

Section 1.6 – Changes to Part D 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.

Section 1.7 – Changes to Prescriptions Drug Benefits & Costs

Do you get Extra Help to pay for your drug coverage costs?

If you're in a program that helps pay for your drugs (Extra Help), **the information about costs for Part D drugs may not apply to you.** We have sent you a separate material, called the *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*, which tells you about your drugs costs. If you receive Extra Help and you have not received this insert by October 1, 2025, please call Member Services and ask for the *LIS Rider*.

Drug Payment Stages

There are **3 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 no longer exist in the Part D benefit.

- **Stage 1: Yearly Deductible**

You start in this payment stage each calendar year. During this stage, **you pay the full cost** of your Part D drugs until you have reached the yearly deductible. The deductible does not apply to covered insulin products and most adult Part D vaccines, including shingles, tetanus and travel vaccines.

- **Stage 2: *Initial Coverage***

Once you pay the yearly deductible, you move to the Initial Coverage Stage. In this stage, the plan pays its share of the cost of your drugs, and **you pay your share of the cost. You generally stay in this stage until your year-to-date total drug costs reach \$2,100.** Most adult Part D vaccines are covered at no cost to you.

- **Stage 3: *Catastrophic Coverage***

This is the third and final drug payment stage. In this stage, you pay for your covered Part D drugs. You generally stay in this stage for the rest of the calendar year.

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.

Drug Costs in Stage 1: Yearly Deductible

The table shows your cost per prescription during this stage.

Stage	2025 (this year)	2026 (next year)
Stage 1: Yearly Deductible Stage	<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>	<p>The deductible is \$615.</p> <p>Your deductible amount is either \$0 or \$615, depending on the level of “Extra Help” you receive. (Look at the separate LIS Rider for your deductible amount.)</p>

Drug Costs in Stage 2: Initial Coverage Stage

The table shows you your cost per prescription for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing.

Stage	2025 (this year)	2026 (next year)
<p>Stage 2: Initial Coverage Stage</p>	<p>Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing:</p> <p>Drug Tier 1: You pay 25% of the total cost or \$0/\$5.04*</p> <p>Drug Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$31.12*</p> <p>Drug Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$127.14*</p> <p>Drug Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$132.54*</p> <p>Drug Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$756.45*</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>	<p>Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing:</p> <p>Drug Tier 1: You pay \$0 of the total cost or \$0/\$0*</p> <p>Drug Tier 2: You pay 25% of the total cost or \$0/\$33.57*</p> <p>Drug Tier 3: You pay 25% of the total cost or \$0/\$85.61*</p> <p>Drug Tier 4: You pay 25% of the total cost or \$0/\$45.04*</p> <p>Drug Tier 5: You pay 25% of the total cost or \$0/\$557.15*</p> <p>Once you have paid \$2,100 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

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, Section 6, in your *Evidence of Coverage*.

SECTION 2 Administrative Changes

	2025	2026
Medicare Prescription Payment Plan	The Medicare Prescription Payment Plan is a payment option that began this year and can help you manage your out-of-pocket costs for drugs covered by our plan by spreading them across the calendar year (January - December). You may be participating in this payment option.	<p>If you're participating in the Medicare Prescription Payment Plan and stay in the same Part D plan, your participation will be automatically renewed for 2026.</p> <p>To learn more about this payment option, call us at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) or visit Medicare.gov.</p>

SECTION 3 How to Change Plans

To stay in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO), you do not need to do anything. Unless you 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 (D-SNP) (HMO).

If you want to change plans for 2026, follow these steps:

- **To change to different Medicare health plan,** enroll in the new plan. You will be automatically disenrolled from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- **To change to Original Medicare with Medicare drug coverage,** enroll in the new Medicare drug plan. You will be automatically disenrolled from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- **To change to Original Medicare without a prescription drug plan:**
 - Send us a written request to disenroll or contact Member Services if you need more information on how to do so,
 - – *or* – call **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.
- **To learn more about Original Medicare and the different types of Medicare plans,** visit [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), check the *Medicare & You 2026 Handbook*, call your State Health Insurance Assistance Program, or call 1-800-633-4227.

Section 3.1 – Deadlines for Changing Plans

People with Medicare can make changes to their coverage from **October 15 – December 7** each year.

If you enrolled in a Medicare Advantage plan for January 1, 2026, and do not like your plan choice, you can switch to another Medicare health plan (with or without Medicare drug coverage) or switch to Original Medicare (with or without separate Medicare drug coverage) between January 1 – March 31, 2026.

Section 3.2 – Are there other times of the year to make a change?

In certain situations, people may have other chances to change their coverage during the year. Examples include people who:

- Have Medicaid
- Get Extra Help paying for their drugs
- Have or are leaving employer coverage
- Move out of our plan's service area

Because you have Medicaid, you can end your membership in our plan by choosing one of the following Medicare options in any month of the year:

- 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 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 (with or without Medicare drug coverage) or switch to Original Medicare (with or without separate Medicare drug coverage) at any time. If you recently moved out of an institution, you have an opportunity to switch plans or switch to Original Medicare for 2 full months after the month you move out.

SECTION 4 Get Help Paying 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 drug plan premiums, yearly deductibles, and coinsurance. Also, people who qualify won't 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 a.m. and 7 p.m., Monday through Friday to speak with a representative. Automated messages are available 24 hours a day. TTY users should call 1-800-325-0778.
 - 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. To get the phone number for your state, visit shiphelp.org or call 1-800-MEDICARE.
- **Prescription Cost-sharing Assistance for Persons with HIV/AIDS.** The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) helps ensure that ADAP-eligible people living with HIV/AIDS have access to life-saving HIV medications. To be eligible for the ADAP operating in your state, you must meet certain criteria, including proof of state residence and HIC status, low income as defined by the state, and uninsured/under-insured status. Medicare Part D drugs that are also covered by ADAP qualify for prescription cost-sharing assistance through the Texas HIV Medication Program (THMP). For information on eligibility criteria, covered drugs, how to enroll in the program, or, if you're currently enrolled, how to continue getting help, call 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 payment option that works with your current drug coverage to help you manage your out-of-pocket costs for drugs covered by our plan by spreading them across the calendar year (January - December). Anyone with a Medicare drug plan or Medicare health plan with drug coverage (like a Medicare Advantage plan with drug coverage) can use this payment option. **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 you 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 the Medicare Prescription Payment Plan payment option. To learn more about this payment option, call us at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) or visit Medicare.gov.

SECTION 5 Questions?

Get Help from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO)

- **Call Member Services at 1-833-434-2347. (TTY users call 711.)**
- **Read your 2026 *Evidence of Coverage***

This *Annual Notice of Changes* gives you a summary of changes in your benefits and costs for 2026. For details, look in the 2026 *Evidence of Coverage* for Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (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. Get the *Evidence of Coverage* on our website at CommunityFirstMedicare.com or call Member Services at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) to ask us to mail you a copy.

- **Visit CommunityFirstMedicare.com**

Our website has the most up-to-date information about our provider network (*Provider Directory/Pharmacy Directory*) and our *List of Covered Drugs* (formulary/Drug List).

Get 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).

Call State Health Insurance Assistance Program (SHIP) to get free personalized health insurance counseling. They can help you understand your Medicare plan choices and answer questions about switching plans. 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.

Get Help 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.

- **Chat live at [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

You can chat live at [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)

- **Write Medicare**

You can write to Medicare at P.O. Box 1270, Larence, KS 66044.

- **Visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

The official Medicare website has information about cost, coverage, and quality Star Ratings to help you compare Medicare health plans in your area.

- **Read *Medicare & You 2026***

The *Medicare & You 2026 Handbook* is mailed to people with Medicare every fall. It has a summary of Medicare benefits, rights, and protections, and answers to the most frequently asked questions about Medicare. Get a copy at [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

Get Help from Medicaid

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

Effective January 1, 2026

**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 (D-SNP) (HMO) 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, yearly deductible, and prescription drug cost-sharing.

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

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

Your monthly plan premium is	Your yearly deductible is	Your cost-sharing amount for generic/preferred multi-source drugs is no more than	Your cost-sharing amount for all other drugs is no more than
\$0*	\$0	\$0/\$1.60/\$4.90 (each prescription)	\$0/\$4.80/\$12.15 (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 \$2,100 in a year, your copayment amount(s) will go down to \$0 per prescription 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

(D-SNP) (HMO) at 1-833-434-2347 from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (October 1-March 31); Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., (April 1-September 30). TTY users should call 711. Messaging service is available 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 (D-SNP) (HMO)

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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito actualmente como miembro del Community First Health Plans Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, seguirá en el Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al final de su *Manual Medicare y Usted 2026*.
- Este es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre costos, beneficios y reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 y pedir que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Más Recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
- Comuníquese con Servicios para Miembros de Community First Health Plans al número gratuito 1-833-434-2347, para obtener más información:
 - 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo
 - De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., del 1 de abril al 30 de septiembre
 - TTY 711 está disponible 24/7, para usarse por Miembros de Medicare sordos o con problemas de audición.
- Este folleto está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille y letra grande. Si desea recibir este folleto en un formato diferente, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para más información, visite el sitio web 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).

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

- Nuestro plan tiene un acuerdo por escrito con la Comisión de Servicios de Salud y Humanos de Texas (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Community First Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO D-SNP con contrato de Medicare y con la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans depende de la renovación del contrato. Community First se comercializa bajo los nombres Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) y Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o 711 para más información. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Part B.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se inscribirá automáticamente en Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).** A partir del 1 de enero 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO). Consulte la Sección 3 para más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

Tabla de Contenidos

Resumen de costos importantes para 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan.....	6
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Cambios en beneficios y costos de servicios médicos	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	10
Sección 1.7 – Cambios en beneficios y costos de medicamentos recetados ..	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	16
Sección 3.1 – Plazos para cambiar de plan	16
Sección 3.2 – ¿Existen otros momentos del año para hacer un cambio?.....	17
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados	18
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?.....	20
Obtenga ayuda del Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).....	20
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare	20
Obtenga ayuda de Medicare.....	21
Obtenga ayuda de Medicaid.....	21

Resumen de costos importantes para 2026

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para más detalles.)</p>	<p>\$9,150</p> <p>Si puede recibir asistencia de compartición de costos de Medicare a través de Medicaid, no tiene que pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el monto máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Si puede recibir asistencia de compartición de costos de Medicare a través de Medicaid, no tiene que pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el monto máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Hospitalización como paciente interno</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización como paciente interno. La atención hospitalaria comienza el día en que usted es admitido formalmente con una orden médica. El día antes de su alta es su último día como paciente interno.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 90</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 90</p>
<p>Deducible de la cobertura de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$590</p> <p>(excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)</p>	<p>Deducible: \$615</p> <p>(excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)</p>

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento Nivel 1: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$5.04*</p> <p>Medicamento Nivel 2: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$31.12*</p> <p>Medicamento Nivel 3: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$127.14*</p> <p>Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$132.54*</p> <p>Medicamento Nivel 5: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$756.45*</p>	<p>Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento Nivel 1: Usted paga \$0 del costo total o \$0/\$0*</p> <p>Medicamento Nivel 2: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$33.57*</p> <p>Medicamento Nivel 3: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$85.61*</p> <p>Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$45.04*</p> <p>Medicamento Nivel 5: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$557.15*</p>

**El copago depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid o de la "Ayuda Extra".*

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>No hay cambios en la prima mensual. (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.)</p>	\$0	\$0

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto usted paga de su propio bolsillo durante el año. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general no paga nada más por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar este monto máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Si puede recibir asistencia de Medicaid para los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no tiene que pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de gastos de su bolsillo. Sus gastos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de su bolsillo.</p>	<p>\$9,150</p>	<p style="text-align: center;">\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada más por estos servicios durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

El *Directorio de Proveedores* se encuentra en nuestro sitio web en CommunityFirstMedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un directorio por correo, el cual le enviaremos dentro de tres días hábiles.

Nuestra red de proveedores cambiará el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores 2026* para ver si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.** Aquí le mostramos cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en CommunityFirstMedicare.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en la red de proveedores durante el año le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle. Para más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted 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 recetas solo están cubiertas si se surtan en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias cambiará el próximo año. **Revise el *Directorio de Farmacias 2026* en CommunityFirstMedicare.com para ver si sus farmacias están en nuestra red. Aquí le mostramos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado.**

- Visite nuestro sitio web en CommunityFirstMedicare.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (usuarios de TTY llamen al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en la red de farmacias a mitad del año le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) para recibir ayuda.

Sección 1.5 – Cambios en beneficios y costos de servicios médicos recetados

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para más detalles sobre la cobertura, incluyendo limitaciones, referencias, autorizaciones previas y costos de los servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga)* en su *Evidencia de Cobertura 2026*.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Artículos de venta libre	Usted tiene \$475 de cobertura del plan por trimestre (con acumulación) cada año.	Usted tiene \$50 de cobertura del plan por trimestre (con acumulación) cada año.
Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Los beneficios SSBCI pueden incluir comestibles, modificaciones en el hogar (por ejemplo, rampas, barras de apoyo), comidas y servicios de apoyo social.	No cubierto	Usted recibe \$110 por trimestre cada año. (Debe cumplir con los requisitos).
Servicios dentales diagnósticos y preventivos	Usted tiene un monto máximo de \$3,500 por año.	Usted tiene un monto máximo de \$2,000 por año.
Transporte	Usted tiene 75 servicios de transporte de ida por año.	Usted tiene 55 servicios de transporte de ida por año.

Sección 1.6 – Cambios en cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama *Formulario* o “*Lista de Medicamentos*”. Una copia de nuestra “*Lista de Medicamentos*” se proporciona electrónicamente y está disponible en nuestro sitio web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). **También puede obtener la *Lista de Medicamentos* completa llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347.**

Hemos hecho cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir: eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o moverlos a un nivel de copago diferente. **Revise la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones o si su medicamento se ha movido a un nivel de copago diferente.**

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para ofrecer la información más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al inicio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como: pedir un suministro temporal, solicitar una excepción, y/o buscar un medicamento alternativo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Sección 1.7 – Cambios en beneficios y costos de medicamentos

¿Recibe Ayuda Extra para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarle.** Le hemos enviado un material separado llamado *Anexo de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar Medicamentos Recetados*, que le indica sus costos de medicamentos. Si usted recibe Ayuda Extra y no ha recibido este anexo antes del 1 de octubre de 2025, llame a Servicios para Miembros y solicite el Anexo del LIS (subsidio por bajos recursos).

Etapas de Pago de Medicamentos

Existen **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 de la Brecha de Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: *Deducible Anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluyendo vacunas contra culebrilla, tétanos y vacunas de viaje.

- **Etapa 2: *Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte. Por lo general, se permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos acumulados en el año alcanzan \$2,100.** La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

- **Etapa 3: *Cobertura Catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Bajo este programa, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo este programa no se aplican a sus gastos de bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

Etapa	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Etapa 1: Deducible anual</p>	<p>El deducible es de \$590.</p> <p>Su monto de deducible es \$0 o \$590, dependiendo del nivel de Ayuda Extra que reciba. (Consulte el Anexo LIS separado para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$615.</p> <p>Su monto de deducible es \$0 o \$615, dependiendo del nivel de Ayuda Extra que reciba. (Consulte el Anexo LIS separado para conocer el monto de su deducible).</p>

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el copago estándar.

Etapa	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapa 2: Cobertura Inicial	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copago estándar:</p> <p>Medicamento Nivel 1: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$5.04*</p> <p>Medicamento Nivel 2: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$31.12*</p> <p>Medicamento Nivel 3: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$127.14*</p> <p>Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$132.54*</p> <p>Medicamento Nivel 5: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$756.45*</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 sus gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copago estándar:</p> <p>Medicamento Nivel 1: Usted paga \$0 del costo total o \$0/\$0*</p> <p>Medicamento Nivel 2: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$33.57*</p> <p>Medicamento Nivel 3: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$85.61*</p> <p>Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$45.04*</p> <p>Medicamento Nivel 5: Usted paga 25% del costo total o \$0/\$557.15*</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,100 sus gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

**El copago depende de su nivel de acceso a los beneficios de Medicaid o de la "Ayuda Extra".*

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos de la Parte D que estén cubiertos. Es posible que tenga copagos para medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2025	2026
Plan de Pago de Medicamentos de Medicare	<p>El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que usted ya esté participando en esta opción de pago.</p>	<p>Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-434-2347 (Usuarios de TTY llamen al 711) o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro plan o cambie al Medicare Original antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Será dado de baja automáticamente del Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- **Para cambiar al Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Será dado de baja automáticamente del Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO).
- **Para cambiar al Medicare Original sin un plan de medicamentos:**
 - Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja o comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo,
 - – o – llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana y solicite su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre el Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulte el *Manual Medicare & Usted 2026*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), o llame al 1-800-633-4227.

Sección 3.1 – Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar al Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 – ¿Existen otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura de un empleador o la están dejando
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática), o
- Si califica, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se mudó recientemente a, o en la actualidad vive en, una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar al Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tendrá la oportunidad de cambiar de plan o cambiar al Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Extra de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Extra para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califican no tendrán penalidad por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 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 lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Texas tiene un programa llamado Kidney Health Care (KHC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia para compartir los costos de medicamentos para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que califican y viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos que salvan vidas. Para poder recibir ADAP en su estado, debe cumplir ciertos criterios, como prueba de residencia estatal y estatus HIC, bajos ingresos según lo definido por el estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por ADAP califican para asistencia para compartir costos a través del Programa de Medicamentos para VIH de Texas (THMP). Para información sobre criterios que debe cumplir, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse o, si ya está inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-800-255-1090. Al llamar, asegúrese de informar el nombre de su plan de Medicare Parte D o el número de póliza.
- **Plan de Pago de Medicamentos de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no reduce el costo de sus medicamentos ni le ahorra dinero.**

La Ayuda Extra de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago del plan. Para obtener más información sobre esta opción, llame al 1-833-434-2347 (usuarios de TTY llamen al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

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

- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347. (usuarios de TTY llamen al 711.)
- Lea su *Evidencia de Cobertura 2026*

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2026* del Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede obtener la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en CommunityFirstMedicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (usuarios de TTY llamen al 711) para solicitar que le enviemos una copia por correo.

- Visite CommunityFirstMedicare.com

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoría y Defensa en Salud de Texas (HICAP).

Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) para recibir asesoría personalizada gratuita sobre seguros de salud. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a HICAP al 1-800-252-9240 (TTY 1-800- 735-2989). Para obtener más información sobre HICAP, visite su sitio web en HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare.

Obtenga ayuda de Medicare

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

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.

- **Chatee en vivo en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a P.O. Box 1270, Larence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones de calidad, que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & Usted 2026***

El *Manual Medicare & Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtener una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

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

A partir del 1 de enero de 2026

**Anexo de Evidencia de Cobertura
para personas que reciben Ayuda Extra para pagar los medicamentos recetados
(también llamado Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos o Anexo LIS)**

Por favor, guarde este aviso. Este aviso forma parte de la Evidencia de Cobertura de Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO). Nuestros registros muestran que usted califica para recibir Ayuda Extra para pagar la cobertura de sus medicamentos recetados. Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima mensual, su deducible anual y los costos compartidos de sus medicamentos recetados.

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

Consulte la siguiente tabla para ver la descripción de su cobertura de medicamentos recetados:

Su prima mensual del plan es	Su deducible anual es	Su monto de copago para medicamentos genéricos/preferidos de múltiples fuentes no será mayor a	Su monto de copago para todos los demás medicamentos no será mayor a
\$0*	\$0	\$0/\$1.60/\$4.90 (cada receta)	\$0/\$4.80/\$12.15 (cada receta)

*La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de Medicare Parte B que usted aún pueda necesitar pagar. La prima del plan que usted paga se ha calculado con base en la prima del plan y en la cantidad de Ayuda Extra que recibe.

Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan.

Una vez que la cantidad que usted y Medicare pagan (como Ayuda Extra) alcance \$2,100 en un año, su monto de copago se reducirá a \$0 por cada receta de medicamentos cubiertos bajo la Parte D.

Medicare o la Administración del Seguro Social revisarán periódicamente si usted sigue cumpliendo los requisitos para recibir la Ayuda Extra con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare. Su situación para recibir la Ayuda Extra podría cambiar si hay un cambio en sus ingresos o recursos, si se casa o se queda soltero, o si pierde Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, visite CommunityFirstMedicare.com o comuníquese con el Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) (HMO) llamando al 1-833-434-2347 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Hay servicio de mensajería disponible los fines de semana, fuera del horario de atención y en días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Atentamente,

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

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Community First Compliance Coordinator

Teléfono: 210-227-2347 | Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 | Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

**Notice of Availability of Language Assistance Services
and Auxiliary Aids and Services**

Español

ATENCIÓN: Disponemos de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-434-2347 (TTY : 711) 或與您的提供者討論。

한국어

주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 자료 및 서비스도 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-434-2347(TTY: 711)번으로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하세요.

عربي

تنبيه: تتوفر لكم خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر أيضًا وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات أو تواصلوا مع مقدم الخدمة (TTY: 711) سهلة الوصول. اتصلوا على الرقم 1-833-434-2347.

اردو

دھیان دیں: آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ (TTY: 711) مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-833-434-2347 سے بات کریں۔

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Français

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-434-2347 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

فارسی

توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. کمک‌های کمی مناسب و خدمات ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-833-434-2347 تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید (TTY: 711).

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-434-2347 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-434-2347 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-434-2347（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-434-2347 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.