

Resumen de beneficios

La información de beneficios proporcionada en este resumen enumera lo que Community First Health Plans, Inc. cubre y lo que usted paga. El resumen no enumera todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones dentro del plan. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de los servicios del plan Medicare Advantage que cubrimos. Puede verlo en línea MedicareAlamo.com o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Cuando se inscriba en el plan, recibirá información que le indica dónde puede conectarse en línea para ver su Evidencia de cobertura.

Información sobre este plan

Community First es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para inscribirse en el plan **Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP)**, debe vivir dentro de nuestra área de servicio que se indica a continuación, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos.

Este plan es un plan HMO de doble elegibilidad para necesidades especiales (D-SNP) para personas que tienen Medicare y Medicaid. Como miembro de un plan D-SNP, no paga nada por los servicios médicos cubiertos. La cantidad que cubre Medicaid depende de sus ingresos, los recursos disponibles y otros factores. Puede inscribirse en el plan **Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP)** si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y está inscrito en el programa Medicaid por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Los miembros inscritos en el programa Medicaid por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas son beneficiarios calificados de Medicare (QMB) o beneficiarios calificados de Medicare – Plus (QMB+).

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson.

Proveedores y farmacias de la red Community First

El plan **Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP)** utiliza una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de servicios. Este plan requiere que elija un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red. Su PCP puede ayudarle a manejar la mayoría de sus necesidades de atención médica y a ser responsable de coordinar su atención. Si necesita ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red, en algunos casos, es posible que deba obtener una derivación de su PCP. Antes de seleccionar a su PCP, Community First le recomienda averiguar qué especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica probablemente le recomendaría su PCP para su cuidado. Si usa proveedores o farmacias que no están en la red de Community First, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, y usted puede tener que pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

Puede ir en línea en MedicareAlamo.com para buscar un proveedor o farmacia de la red Community First utilizando los directorios en línea de Medicare Advantage. También puede ver la lista de medicamentos del plan (llamada el Formulario) para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

El plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red
Prima mensual del plan	No hay prima mensual para este plan.
Deducible anual - Parte C (médico)	No hay deducible de salud para este plan.
Deducible anual - Parte D (medicamentos)	Hay un deducible anual de \$615 para medicamentos.
Monto máximo de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	<p>\$9,250 al año por servicios cubiertos por Medicare que reciba de proveedores dentro de la red.</p> <p>Los niveles QMB y QMB+ de Texas Medicaid no pagarán nada por los servicios cubiertos por Medicare. Consulte la sección de Medicaid de Texas para conocer los servicios cubiertos por Medicaid.</p>

El plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP)

Beneficios	Dentro de la red
*Hospitalización	Copago de \$0 por los días 1-90
Atención ambulatoria en hospital *Centro quirúrgico ambulatorio (ASC) *Hospital ambulatorio, incluyendo cirugía Observación en hospital ambulatorio	\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Visita al médico Primarios Especialistas Otro profesionales de la salud	\$0 copago por visita \$0 copago por visita \$0 copago por visita

Beneficios	Dentro de la red
<p>Cuidado preventivo Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Examen físico de rutina</p>	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma de la aorta abdominal • Consejería sobre el uso indebido de alcohol • Medición de la masa ósea • Detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Detección cardiovascular • Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Detección de depresión • Detección y seguimiento de la diabetes • Detección de hepatitis C • Detección de VIH • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) • Servicios de terapia médica nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Detección y consejería sobre la obesidad • Exámenes físicos (examen inicial y visita de bienestar anual) • Detección del cáncer de próstata (PSA) • Detección y consejería de infecciones de transmisión sexual • Consejería para dejar de consumir tabaco (consejería para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y el COVID-19 • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) <p>Cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año está cubierto. Este plan cubre exámenes de detección de cuidado preventivo y exámenes físicos anuales al 100% cuando utiliza uno de nuestros proveedores de la red.</p> <p>\$0 copago (1 examen físico por año)</p>
Atención de emergencia	20% coaseguro/\$115 máximo por visita
Servicios urgentes necesarios	20% coaseguro/\$40 máximo por visita

Beneficios	Dentro de la red
Pruebas diagnósticas, laboratorio, y servicios de radiología y rayos X *Servicios de radiología diagnóstica *Servicios de laboratorio *Pruebas y procedimientos diagnósticos *Radiología terapéutica *Rayos X ambulatorios	\$0 copago \$0 copago \$0 copago \$0 copago \$0 copago
Servicios de audición Exámenes de audición de rutina Adaptación/evaluación de audífonos Audífonos recetados	\$0 copago (1 por año) \$0 copago (1 por año) \$0 copago (límite de beneficio de \$4,000 cada año)
Servicios dentales de rutina Atención preventiva Atención integral Límite de beneficios	\$0 copago para exámenes orales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías dentales \$0 copago por atención no rutinaria, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones y prostodoncia/cirugía oral/otros servicios \$2,000 en todos los servicios cubiertos cada año
Servicios de visión Exámenes de la vista para tratar afecciones oculares Exámenes de la vista de rutina Anteojos	\$0 copago \$0 copago (1 por año) \$0 copago (límite de beneficio de \$375 cada año)
Salud mental *Visita hospitalaria *Sesiones en grupo *Sesiones individuales	\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	\$0 copago

Beneficios	Dentro de la red
Visitas de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje *Servicios de rehabilitación Centro de rehabilitación integral ambulatorio (CORF) *Servicios de fisioterapia y terapia del habla	\$0 copago por visita \$0 copago por visita \$0 copago por visita
*Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	\$0 copago \$0 copago Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Medicamentos de quimioterapia **Otros medicamentos de la Parte B	\$0 copago por visita \$0 copago por visita

*Requiere una autorización previa del plan

**Requiere una autorización previa del plan para medicamentos >\$500 por dosis

Medicamentos con receta médica

Si reside en un centro de atención a largo plazo, su receta médica cuesta lo mismo para un suministro de 31 días que para un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Cambio en los beneficios de la Parte D de 2026: La etapa de brecha de cobertura se ha eliminado. Ahora tendrá 3 etapas de pago de medicamentos: deducible, cobertura inicial y catastrófico. El gasto anual de bolsillo ahora es de **\$2,100**. Esto significa que está más protegido de los altos costos de los medicamentos.

Etapa 1: Deducible anual de recetas	\$615 por año para todos los niveles de los medicamentos recetados de la Parte D					
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)	Venta al por menor			Pedido por correo		
	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro	0% coaseguro
Nivel 2: Medicamentos genéricos	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro	25% coaseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% coaseguro	N/A	N/A	25% coaseguro	N/A	N/A
Etapa 3: Cobertura catastrófica	Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$2,100 , el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.					

Beneficios adicionales

Beneficios adicionales	Dentro de la red
Servicios quiroprácticos	\$0 copago
Control de la diabetes Suministros para el control de la diabetes Capacitación para el autocontrol de la diabetes Cuidado de los pies en la diabetes	\$0 copago \$0 copago \$0 copago
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados ***Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ***Prótesis	\$0 copago \$0 copago
Programa de acondicionamiento físico	Membresía sin costo en el YMCA
*Atención médica en casa	\$0 copago
Hospicio	No paga nada por el cuidado de hospicio de cualquier hospicio aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y el cuidado de relevo. El hospicio está cubierto por Original Medicare, fuera de este plan.
Educación sobre la enfermedad renal	\$0 copago
*Beneficio de alimentos	\$0 copago (hasta 60 comidas proporcionadas después de una admisión hospitalaria)
*Transporte médico que no es de emergencia	55 viajes de transporte médico de ida que no son de emergencia cada año calendario
*Visita de terapia ocupacional	\$0 copago
Servicios de tratamiento de opioides	\$0 copago
Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)	Tarjeta de pago precargada por un monto de \$50. La tarjeta se recargará trimestralmente y el monto de su beneficio será transferido.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	Tarjeta de pago precargada por un monto de \$110. La tarjeta se recargará trimestralmente y el monto de su beneficio será transferido. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad.

Beneficios adicionales	Dentro de la red
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Sesiones en grupo ambulatorias Sesiones individuales ambulatorias	 \$0 copago \$0 copago
Servicios de podología Exámenes y tratamientos de los pie	 \$0 copago
Diálisis	\$0 copago

*Requiere una autorización previa del plan

***Requiere autorización previa para compra o costo de alquiler acumulativo >\$ 1,000

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa de Medicaid de Texas es administrado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). Si tiene preguntas sobre Medicaid, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas para obtener información.

Cuando una persona tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica a través de un plan de Medicaid, se les llama doble elegibilidad. Recuerde que su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, los recursos disponibles y otros factores. Los beneficios pueden incluir la gama completa de beneficios de Medicaid e incluir el pago de algunos o todos los costos compartidos de Medicare. Los costos compartidos incluyen las primas adeudadas, los deducibles, el coaseguro o los copagos.

Las categorías de cobertura de elegibilidad dual específicas para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP) se enumeran a continuación:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Medicaid paga las primas, los deducibles, el coaseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare únicamente. Su Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare – Plus (QMB+):** Medicaid paga las primas, los deducibles, el coaseguro y los copagos de las Partes A y B de Medicare únicamente. Su Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare y usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

Como beneficiario de QMB o QMB+ inscrito en este plan, su costo compartido es 0%. Esto no incluye sus copagos de medicamentos recetados de la Parte D (si corresponde).

La siguiente tabla muestra qué servicios están cubiertos por este plan y por Texas Medicaid:

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Acupuntura	No cubierto	No cubierto
Servicios de ambulancia (clínicamente necesario)	\$0 copago Es posible que se requiera autorización previa	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Dispositivos de ayuda para la comunicación	No cubierto	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medición de la masa ósea	\$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare	El examen de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Rehabilitación cardíaca	\$0 copago Autorización previa requerida	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios quiroprácticos	\$0 copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Autorización previa requerida	Tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT) realizado por un quiropráctico autorizado por la junta estatal de examinadores quiroprácticos de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Exámenes de detección de cáncer colorrectal (para personas de 50 años o más)	\$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios dentales (para personas de 20 años o menos o 21 años o más en una exención de ICF o IDD)	Preventivo: \$0 copago por servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías) Exhaustivo: \$0 copago por servicios cubiertos Límite de beneficios: Límite de \$2,000 en todos los servicios dentales cubiertos	Para los miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Suministros para la diabetes (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	\$0 copago	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Pruebas diagnósticas, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología	\$0 copago Autorización previa requerida	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Elección de médico y hospital	Dentro de la red Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red, lo que puede requerir una autorización previa	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.
Visitas al consultorio médico	Proveedor de atención primaria \$0 copago Especialista \$0 copago	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Diálisis	\$0 copago	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Equipo médico duradero (DME) (incluye sillas de ruedas y oxígeno)	\$0 copago Es posible que se requiera autorización previa	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de emergencia (Cualquier visita a la sala de emergencias cuando el miembro crea que necesita atención de emergencia)	\$0 copago	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Educación sobre salud y bienestar (asesoramiento nutricional para niños y niñas, dejar de fumar para mujeres embarazadas, examen anual para adultos, educación sobre enfermedades renales)	\$0 copago Programas para ayudarlo a conocer y manejar sus afecciones de salud, que incluyen educación, materiales, asesoría y consejos de cuidado	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de audición	\$0 copago Límite de beneficio: \$4,000 para audífonos recetados)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Atención médica en casa	\$0 copago Autorización previa requerida	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Hospicio	Cubierto por Medicare original No cubierto por Community First Health Plans	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i>
Vacunas	\$0 copago por servicios preventivos de Medicare que incluyen vacunas contra la gripe, COVID-19 y otras vacunas	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$0 copago para los días 1 a 90 Se requiere autorización previa	Las estadías en el hospital para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Atención psiquiátrica para pacientes internados	<p>\$0 copago por 190 días – límite de por vida de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Este límite no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en un hospital general</p>	<p>Las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados son un beneficio cubierto para miembros menores de 21 años y miembros de 65 años o más. Las estadías en el hospital de atención aguda para pacientes hospitalizados para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para miembros de 21 a 64 años de edad, de acuerdo con 42 CFR §438.6 (e), aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir estadías en instalaciones psiquiátricas en lugar de hospitales de cuidados agudos. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.</p> <p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Mamografías (Examen diagnóstico anual)	\$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Prima mensual	<p>Sin prima mensual del plan</p> <p>La prima de la Parte B de Medicare puede estar cubierta según su nivel de elegibilidad para Medicaid</p>	<p>La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)	\$0 copago Autorización previa requerida	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Medicaid paga las prótesis mamarias para miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Atención ambulatoria de salud mental	\$0 copago Autorización previa requerida	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de rehabilitación ambulatoria	\$0 copago Autorización previa requerida	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios ambulatorios/ Cirugía ambulatoria	\$0 copago Autorización previa requerida	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Prueba de papanicolaou y exámenes pélvicos	\$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Servicios de podiatría	\$0 copago solo para servicios cubiertos por Medicare; daño nervioso relacionado con la diabetes; o tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades del pie	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Medicamentos recetados	<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare: Copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B. Autorización previa requerida</p> <p>Medicamentos de la Parte D de Medicare: 25% coseguro para los niveles 2 a 5</p>	Medicaid paga los medicamentos de la Parte B si no están cubiertos por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.
Detección del cáncer de próstata	\$0 copago para medicamentos preventivos de Medicare	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Centro de enfermería especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	\$0 copago para los días 1 a 100. Se requiere autorización previa	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de telemedicina	\$0 copago por atención rutinaria y de urgencia	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Transporte (rutina)	\$0 copago (hasta 55 viajes de ida cada año) Se requiere autorización previa (mínimo 48 horas antes del viaje)	El programa de transporte médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no es de emergencia, si no está cubierto por Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community First Medicare Advantage D-SNP	Medicaid de Texas
Atención urgente	Copago de \$0	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de la visión	Copago de \$0 Límite de beneficio de \$375 cada año	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 copago por servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan a ajustar y dispensar anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

Para obtener información sobre los servicios adicionales de Medicaid de Texas (no cubiertos por el plan **Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble**), comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 1-877-541-7905 o los usuarios de TTY pueden llamar 711.

Servicios de exención basados en la comunidad y el hogar de Medicaid (1915c)

Aquellos miembros que cumplan con los requisitos de QMB y los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no están cubiertos por Medicare. Esto incluye los servicios de exención de Medicaid 1915c. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad de exención de Medicaid adicionales relacionados con los requisitos del programa intelectuales y discapacidades del desarrollo (IDD) u otras exenciones del programa de mejora de la calidad.

Programa de exención	Información
Exención de servicios de apoyo y asistencia para la vida comunitaria (CLASS)	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página en línea de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>HHS.Texas.gov/Doing-business-HHS/Provider-portals/Long-term-care-providers/Community-living-assistance-support-services-CLASS</p>
Exención para personas sordas y ciegas con discapacidades múltiples (DBMD)	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página en línea de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>HHS.Texas.gov/Doing-business-HHS/Provider-portals/Long-term-care-providers/Deaf-blind-multiple-disabilities-DBMD</p>
Exención de servicios para el hogar y la comunidad (HCS)	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página en línea de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>HHS.Texas.gov/Doing-business-HHS/Provider-portals/Long-term-care-providers/Home-community-based-services-HCS</p>

Programa de exención	Información
<p>Programa STAR+PLUS (que opera bajo la exención del programa de mejora de calidad y transformación de la atención médica de Texas)</p>	<p>Los programas incluyen: cuidado de crianza para adultos, vida asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, modificaciones menores en el hogar y consultas de apoyo.</p> <p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página en línea de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicaid-CHIP/Medicaid-CHIP-members/STARPLUS</p>
<p>Exención de vida en el hogar de Texas (TxHmL)</p>	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página en línea de Servicios Humanos y de Salud de Texas:</p> <p>HHS.Texas.gov/Providers/Long-term-care-providers/Texas-home-living-TxHmL</p>

Información requerida

Este plan está asegurado a través de Community First Health Plans, Inc., una organización de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La Parte D de este plan Medicare Advantage es administrado por Navitus Inc., un administrador de beneficios de farmacia (PBM) de la Parte D aprobado por Medicare.

Los planes Community First Health Plans Medicare Advantage pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos asociados de Medicare Original, revise su manual actual "Medicare y usted". Vea el manual "Medicare y usted" en línea en Medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Community First Health Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística. Llame al 1-833-434-2347 (TTY 711).

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-434-2347 TTY 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para miembros que aparece en la primera página de este documento.

La información de este documento no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para más información. Pueden aplicarse copagos, limitaciones y restricciones.

El formulario del plan, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso si esto ocurre.

Birdi es la farmacia de pedido por correo recomendada para Community First. No es necesario que use Birdi como suministro de su(s) medicamento(s) de mantenimiento. El primer pedido requerirá registrarse en el sitio en línea de Birdi disponible en BirdiRx.com/Mail-order/How-it-works. Los medicamentos se envían dentro de 2 semanas. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo empezar, llame al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 8:00 de la tarde, hora del este y los sábados de 9:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, hora del este.

Participación en el plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP) el programa de acondicionamiento físico NP Plan Estándar (HMO D-SNP) es voluntario. Consulte a su PCP antes de comenzar un programa de ejercicios o realizar cambios en su estilo de vida o rutina de atención médica. El programa de acondicionamiento físico del plan CCommunity First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP) incluye membresía de acondicionamiento físico estándar. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según la ubicación.

Lista de verificación de inscripción

Antes de tomar su decisión de inscripción, es importante que revise y comprenda completamente los beneficios y las reglas del plan de Community First. Si tiene alguna duda, puede llamar y hablar con un representante de Servicio para miembros al número que figura en la primera página de este documento.

Entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan, especialmente para los servicios para los que suele consultar a un médico. Llame a Community First o conéctese en línea para ver una copia de la EOC. Nuestro número de teléfono y sitio en línea se encuentran en la primera página de este documento.
- Revise y explore el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su PCP) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red de proveedores de Community First. Si no aparecen en la lista, lo más probable es que deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté dentro de la red de farmacias. Si la farmacia que elige no aparece en la lista, lo más probable es que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que su prima de la Parte B esté pagada para usted por Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del seguro social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Asegúrese de revisar los cambios del plan anualmente.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, Community First no cubre servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

**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 1-833-434-2347 اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 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 ઓક્ટોલરી 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

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

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.