

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) offered by Community First Health Plans

Annual Notice of Change for 2027

You're enrolled as a Member of Community First Health Plans Medicare Advantage Alamo Plan (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, 2026, you will stay in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (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 2027 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 material 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. Additionally, if a Member requests communications in a preferred language or accessible format, the health plan will maintain the Member's preference as a standing request for future mailings and communications, so the Member does not need to make a separate request each time. Members may change or update their standing request for a preferred language and/or accessible format at any time by calling 1-833-434-2347 (TTY: 711) or by contacting their 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 - Friday, from 8 a.m. to 8 p.m., April 1 - September 30
 - » TTY 711 is available 24/7, to be used by deaf and hard-of-hearing Medicare Members
- This booklet is available in different formats, including braille and large print. Please contact Member Services at 1-833-434-2347 (TTY 711) if you would like this booklet mailed to you in a different format.
- **Coverage under this plan qualifies as Qualifying Health Coverage (QHC)** and satisfies the Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA) individual shared responsibility requirement. Please visit the Internal Revenue Service (IRS) website at [IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) for more information.

About Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

- Community First Health Plans, Inc. is a HMO/HMO SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First Health Plans, Inc. depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), and Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). This information is not a complete description of benefits. Call 1-833-434-2347 or 711 for more information. You must continue to pay your Medicare Part B premium.
- When this material says “we,” “us,” or “our,” it means Community First Health Plans. When it says “plan” or “our plan,” it means Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).
- If you do nothing by December 7, 2026, you will automatically be enrolled in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Starting January 1, 2027, you will get your medical and drug coverage through Community First Medicare Advantage Alamo Plan (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 2027	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	7
Section 1.4 – Changes to the Pharmacy Network	8
Section 1.5 – Changes to Benefits & Costs for Medical Services	8
Section 1.6 – Changes to Part D Drug Coverage	9
Section 1.7 – Changes to Prescription Drug Benefits & Costs	9
SECTION 2 Administrative Changes	12
SECTION 3 How to Change Plans	13
Section 3.1 – Deadlines for Changing Plans.....	13
Section 3.2 – Are there other times of the year to make a change?	14
SECTION 4 Get Help Paying for Prescription Drugs	15
SECTION 5 Questions?	16
Get Help from Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).....	16
Get Free Counseling about Medicare	16
Get Help from Medicare	17

Summary of Important Costs for 2027

Cost	2026 (this year)	2027 (next year)
Monthly plan premium	\$0	\$0
Maximum out-of-pocket amount This is the most you will pay out of-pocket for your covered Part A and B services. (Go to Section 1.2 for details.)	\$3,500	\$9,850
Primary care office visits	\$0 copay per visit	\$0 copay per visit in a physician's office
Specialist office visits	\$15 per visit	\$15 per visit
Inpatient hospital stays Includes various inpatient hospital stays such as acute care, rehabilitation, and long-term care. An inpatient hospital stay starts the day you're formally admitted with a doctor's order and ends the day before you're discharged.	You pay a \$170 copay per day for days 1-6 and a \$0 copay for days 7-90	You pay a \$255 copay per day for days 1-6 and a \$0 copay for days 7-90
Part D coverage deductible (Go to Section 1.7 for details.)	\$615 (except for covered insulin products and most adult Part D vaccines)	\$700 (except for covered insulin products and most adult Part D vaccines)
Part D drug coverage (Go to Section 1.6 for details, including Yearly Deductible, Initial Coverage, and Catastrophic Coverage Stages.)	Initial Coverage Stage: Drug Tier 1 (Preferred Generic): You pay \$0 of the total cost Drug Tier 2 (Generic): You pay \$5 of the total cost Drug Tier 3 (Preferred Brand): You pay \$47 of the total cost Drug Tier 4 (Non-Preferred Drug): You pay 25% of the total cost Drug Tier 5 (Specialty Drug): You pay 30% of the total cost Catastrophic Coverage Stage: During this payment stage, you pay nothing for your covered Part D drugs	Initial Coverage Stage: Drug Tier 1 (Preferred Generic): You pay \$0 of the total cost Drug Tier 2 (Generic): You pay \$0 of the total cost Drug Tier 3 (Preferred Brand): You pay 25% of the total cost Drug Tier 4 (Non-Preferred Drug): You pay 25% of the total cost Drug Tier 5 (Specialty Drug): You pay 25% of the total cost Catastrophic Coverage Stage: During this payment stage, you pay nothing for your covered Part D drugs

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)
 Annual Notice of Changes for 2027

Cost	2026 (this year)	2027 (next year)
Hearing services	\$0 copay	\$0 copay
Prescription hearing aids	\$3,500 benefit limit per year	\$2,000 benefit limit per year
Routine dental services	\$1,500 on all covered dental services per year	\$1,000 on all covered dental services per year
Vision services	\$300 benefit limit per year	\$200 benefit limit per year
Eyewear		
Chiropractic service	\$20 copay	\$15 copay
Non-emergency medical transportation	50 one-way non- emergency medical transportation trips every calendar year	10 one-way non- emergency medical transportation trips every calendar year
Over-the-counter allowance	Pre-loaded payment card in the amount of \$155. Card will be reloaded quarterly, and benefit amount will rollover.	Pre-loaded payment card in the amount of \$15. Card will be reloaded quarterly, and benefit amount will rollover.

SECTION 1 Changes to Benefits and Costs for Next Year

Section 1.1 – Changes to the Monthly Plan Premium

Cost	2026 (this year)	2027 (next year)
Monthly premium	\$0	\$0
There are no changes to the monthly premium.		
(You must also continue to pay your Medicare Part B premium.)		

Factors that could change your Part D Premium Amount

- Late Enrollment Penalty – Your monthly plan premium will be more if you’re required to pay a lifetime Part D late enrollment penalty for going without Part D or other drug coverage that’s at least as good as Medicare drug coverage (also referred to as creditable coverage) for 63 days or more.
- Higher Income Surcharge – If you have a higher income, you may have to pay an additional amount each month directly to the government for Medicare drug coverage.

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	2026 (this year)	2027 (next year)
Maximum out-of-pocket amount	\$3,500	\$9,850
Your costs for covered medical services (such as copayments) count toward your maximum out-of-pocket amount.		Once you have paid \$9,850 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.
Your costs for prescription drugs don’t count toward your maximum out-of-pocket amount.		

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 2027 *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 (TTY users call 711) 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 at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) for help. You may have a special enrollment period if your provider leaves the plan network. 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 2027 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 midyear 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 2027 *Evidence of Coverage*.

Cost	2026 (this year)	2027 (next year)
Over-the-counter items	You have a \$155 plan coverage per quarter (with rollover) every year.	You have a \$15 plan coverage per quarter (with rollover) every year.
Transportation	You have 50 transportation one-way services per year.	You have 10 transportation one-way services per year.
Diagnostic and Preventive Dental	You have a maximum amount of \$1,500 per year.	You have a maximum amount of \$1,000 per year.
Rx Insulin		Tier 2: 1-month supply, 2-month supply, 3-month supply, and Long-term care: \$0
Tier 2 Generic	All Tiers 1-month supply: \$5	
Tier 3 Preferred Brand	2-month supply: \$10	Tier 3 and 4
Tier 4 Non-Preferred	3-month supply: \$12.50	1-month supply: \$35
	Long-term care: \$5	2-month supply: \$70
		3-month supply: \$87.50

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 calendar 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 prescriber to find out your options, such as asking for a temporary supply, applying for an exception, and/or working to find a new drug. Call Member Services at 1-833-434-2347 for more information.

Section 1.7 – Changes to Prescription 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 get Extra Help and you have not received this material by October 1, 2026, please call Member Services at 1-833-434-2347 (TTY users call 711) 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.

- **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 \$2,400. 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 nothing for your covered Part D drugs. You generally stay in this stage for the rest of the calendar year.

Drug Costs in Stage 1: Yearly Deductible

The table shows your cost per prescription during this stage.

Stage	2026 (this year)	2027 (next year)
Stage 1: Yearly Deductible Stage	The deductible is \$615. 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.)	The deductible is \$700. Your deductible amount is either \$0 or \$700, depending on the level of “Extra Help” you receive. (Look at the separate LIS Rider for your deductible amount.)

Drug Costs in Stage 2: Initial Coverage

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

Most adult Part D vaccines are covered at no cost to you. For more information about the costs of vaccines, go to Chapter 6 of your Evidence of Coverage.

Once you've paid \$2,400 out of pocket for covered Part D drugs, you'll move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).

Stage	2026 (this year)	2027 (next year)
Stage 2: Initial Coverage Stage	Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing: Drug Tier 1 (Preferred Generic) You pay \$0 of the total cost Drug Tier 2 (Generic) You pay \$5 of the total cost Drug Tier 3 (Preferred Brand) You pay \$47 of the total cost Drug Tier 4 (Non-Preferred Drug) You pay 25% of the total cost Drug Tier 5 (Specialty) You pay 30% of the total cost Once you have paid \$2,100 out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).	Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost sharing: Drug Tier 1 (Preferred Generic) You pay \$0 of the total cost Drug Tier 2 (Generic) You pay \$0 of the total cost Drug Tier 3 (Preferred Brand) You pay 25% of the total cost Drug Tier 4 (Non-Preferred Drug) You pay 25% of the total cost Drug Tier 5 (Specialty) You pay 25% of the total cost Once you have paid \$2,400 out-of-pocket for Part D drugs, you will move to the next stage (the Catastrophic Coverage Stage).

SECTION 2 Administrative Changes

Stage	2026	2027
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.	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 2027. To learn more about this payment option, call us at 1-833-434 2347 (TTY users call 711) or visit Medicare.gov.

SECTION 3 How to Change Plans

To stay in Community First Medicare Advantage Alamo Plan (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 Alamo Plan (HMO).

If you want to change plans for 2027, 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 Alamo Plan (HMO). Remember, not all Medicare health plans cover prescription drugs. Also, be aware that for many plans, you can't join a Medicare health plan and simultaneously purchase a prescription drug plan.
- **To change to Original Medicare with Medicare separate drug coverage,** you can enroll in a Part D plan, you will be automatically disenrolled from Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).
- **To change to Original Medicare without a 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) and ask to be disenrolled. TTY users should call 1-877-486- 2048. If you don't enroll in a Medicare drug plan, you may pay a Part D late enrollment penalty (go to Section 1.7).
- **To learn more about Original Medicare and the different types of Medicare plans,** visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), check the *Medicare & You 2027 Handbook*, call your State Health Insurance Assistance Program, or call 1-800-MEDICARE (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, 2027, 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, 2027.

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

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. Different kinds of help are available:

- **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 (SPAP).** Texas has a program called the Texas Department of State Health Services (DSHS) State Pharmacy Assistance Program (SPAP) 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 (SHIP). 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 HIV 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 help 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. 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 2027 you do not need to submit a new election request to continue participating in 2027. **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 Alamo Plan (HMO)

- **Call Member Services at 1-833-434-2347. (TTY users call 711.) We're available for phone calls 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1-March 30); Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1-September 30). Calls to these numbers are free.**
- **Read your 2027 Evidence of Coverage**

This *Annual Notice of Changes* gives you a summary of changes in your benefits and costs for 2027. For details, look in the *2027 Evidence of Coverage* for Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). The *Evidence of Coverage* is the legal, detailed description of your plan benefits. It explains your rights and the rules you need to follow to get covered services and prescription drugs. 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, Lawrence, 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 2027**

The *Medicare & You 2027 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.

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. and Community First Insurance Plans (Community First) comply with applicable federal civil rights laws and do 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 de no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) y Community First Insurance Plans cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Community First no excluye ni 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 lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First al número que aparece en el reverso de su tarjeta de Miembro o al 1-800-434-2347. Si tiene dificultades auditivas, por favor llame al 711. Si usted cree que Community First no le proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o que fue discriminado/a de cualquier 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:

Coordinador de Cumplimiento Regulatorio de Community First

Teléfono: 210-227-2347 | TTY: 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 | TTY: 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

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

پاملرنه: که چیرې تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، په وړیا ډول د ژبې د مرستې خدمتونه ستاسو لپاره د لاسرسۍ وړ دي. د لاسرسۍ وړ ښو کي د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره مناسبې مرستې او خدمتونه په وړیا ډول د لاسرسۍ وړ دي. له 1-800-434-2347 (TTY: 711) شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا د خپلو خدمتونو له چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-800-434-2347 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة.

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 1-800-434-2347 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید.

توجه: اگر شما دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما در دسترس است. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس است. با 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه کننده خود صحبت کنید.

注意: 如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-434-2347（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

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 1-800-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, ufite serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu. Ibikoresho na serivisi byunganira bitangwa ku buntu kugira ngo amakuru atangwe mu buryo bworoshye kumva. Hamagara 1-800-434-2347 (TTY: 711) cyangwa uvugishe umuganga wawe.

DÍYAN DO: Zodi oñne Rohingya hotá hoo, toíle oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaífade formeth ót maalamat dibolla munasef modotgorede caíjjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbál doya loí hotá hoo.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-800-434-2347 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

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। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

አስተውሉ:- ትግርኛ ትዘረብ እንተ ኢንካ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበካ ይኽእል እዩ። ብተወሳኺ 'ውን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዚድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይርከብ። ናብ 1-800-434-2347 (TTY: 711) ደውሉ ወይ ምስ ወሃቢ ኣገልግሎትካ ተዘራረብ።

Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), ofrecido por Community First Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como Miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (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 2026, seguirá en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (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 2027*.
- 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 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)** 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 del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

- Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO SNP con contrato de Medicare y con la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa sus planes bajo los nombres Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), Plan Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) y Plan Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o 711 para obtener más información. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
- Cuando este folleto dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a Community First Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).
- Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se inscribirá automáticamente en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). A partir del 1 de enero 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Consulte la Sección 3 para más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importante para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en beneficios y costos de servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en cobertura de medicamentos de la Parte D	9
Sección 1.7 – Cambios en beneficios y costos de medicamentos recetados	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	13
Sección 3.1 – Plazos para cambiar de plan	13
Sección 3.2 – ¿Existen otros momentos del año para hacer un cambio?	14
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados	15
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	17
Obtenga ayuda del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).....	17
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare	17
Obtenga ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importante para 2027

Costo	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monthly plan premium	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1.2 para más detalles.)	\$3,500	\$9,850
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 copago por visita	\$0 copago por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$15 por visita	\$15 por visita
Hospitalización como paciente interno 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.	Usted paga \$170 de copago por día para los días 1 a 6 y \$0 de copago para los días 7 a 90.	Usted paga \$255 de copago por día para los días 1 a 6 y \$0 de copago para los días 7 a 90.
Deducible de la cobertura de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para más detalles.)	\$615 (excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)	\$700 (excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles, incluidos el deducible anual y las etapas de cobertura inicial y cobertura catastrófica).	Etapas de cobertura inicial: Medicamento Nivel 1: Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 2: Usted paga \$5 del costo total Medicamento Nivel 3: Usted paga \$47 del costo total Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 5: Usted paga 30% del costo total Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	Etapas de cobertura inicial: Medicamento Nivel 1: Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 2: Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 3: Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 4: Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 5: Usted paga 25% del costo total Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Costo	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de audición	\$0 copago	\$0 copago
Aparatos auditivos recetados	\$3,500 límite anual de beneficios	\$2,000 límite anual de beneficios
Servicios dentales de rutina	\$1,500 al año para todos los servicios dentales cubiertos	\$1,000 al año para todos los servicios dentales cubiertos
Servicios de la vista	\$300 límite anual de beneficios	\$200 límite anual de beneficios
Anteojos		
Servicios quiroprácticos	\$20 copago	\$15 copago
Transporte médico no urgente	50 viajes de ida para transporte médico no urgente por año calendario	10 viajes de ida para transporte médico no urgente por año calendario
Asignación para artículos de venta libre	Tarjeta de pago precargada con \$155. La tarjeta se recarga cada tres meses y los beneficios no utilizados se acumulan.	Tarjeta de pago precargada con \$15. La tarjeta se recarga cada tres meses y los beneficios no utilizados se acumulan.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prema mensual No hay cambios en la prima mensual. (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.)	\$0	\$0

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Part D

- Penalización por inscripción tardía – Su prima mensual del plan será más alta si debe pagar una penalización de por vida por inscripción tardía en la Parte D debido a que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos que fuera, como mínimo, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos – Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

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	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$3,500	\$9,850
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$9,850 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.
Sus costos por medicamentos recetados no se cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo		

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 2027* 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 (Usuarios de TTY: llamen al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Proveedores* por correo.

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 al 1-833-434-2347 (Usuarios de TTY: llamen al 711) para que podamos ayudarlo. Es posible que tenga derecho a un período de inscripción especial si su proveedor deja de estar en la red del plan. 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 2027* en CommunityFirstMedicare.com para ver si sus farmacias están en nuestra red.

Aquí le mostramos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visit our website at 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

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para conocer los detalles de la cobertura, incluidas las limitaciones, referencias, autorizaciones previas y los costos de los servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos* (qué cubre el plan y lo que usted paga), de su *Evidencia de Cobertura* de 2027.

Costo	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Artículos de venta libre	Usted tiene \$155 de cobertura del plan por trimestre (con acumulación) cada año	Usted tiene \$15 de cobertura del plan por trimestre (con acumulación) cada año.
Transporte	Usted tiene 50 servicios de transporte de ida por año	Usted tiene 10 servicios de transporte de ida por año.
Servicios Diagnósticos y preve	Usted tiene un monto máximo de \$1,500 por año	Usted tiene un monto máximo de \$1,000 por año.
Insulina con receta	Todos los niveles	Nivel 2: suministro para 1, 2 y 3 meses, y atención médica a largo plazo: \$0
Nivel 2 Genéricos	Suministro para 1 mes: \$5	Nivel 3 y 4 Suministro para 1 mes: \$35 Suministro para 2 mes: \$70 Suministro para 3 mes: \$87.50
Nivel 3 Marca preferida	Suministro para 2 mes: \$10	
Nivel 4 Marca no preferida	Suministro para 3 mes: \$12.50	
	Cuidado a largo plazo: \$5	

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. 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. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 para obtener más información.

Sección 1.7 – Cambios en beneficios y costos de medicamentos recetados

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

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **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 Adicional para Pagar Medicamentos Recetados*, que le indica sus costos de medicamentos. Si usted recibe Ayuda Adicional y no ha recibido este anexo antes del 1 de octubre de 2026, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (usuarios de TTY llamen al 711) 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.

- ***Etapas de Pago de Medicamentos***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, **usted 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.

- Etapas 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 \$2,400. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

- Etapas 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

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

Etapas	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapas 1: Deducible anual	El deducible es de \$615. Su monto de deducible es \$0 o \$615, dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. (Consulte el Anexo LIS separado para conocer el monto de su deducible).	El deducible es de \$700. Su monto de deducible es \$0 o \$700, dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba. (Consulte el Anexo LIS separado para conocer el monto de su deducible).

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra el costo que usted paga por cada receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos cubiertas por la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de Cobertura Catastrófica).

Etapa	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapa 2: Cobertura Inicial	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar. Medicamento Nivel 1 (Genérico Preferido) Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 2 (Genérico) Usted paga \$5 del costo total Medicamento Nivel 3 (Marca Preferida) Usted paga \$47 del costo total Medicamento Nivel 4 (Marca no Preferida) Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 5 (especializados) Usted paga 25% del costo total 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).	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar. Medicamento Nivel 1 (Genérico Preferido) Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 2 (Genérico) Usted paga \$0 del costo total Medicamento Nivel 3 (Marca Preferida) Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 4 (Marca no Preferida) Usted paga 25% del costo total Medicamento Nivel 5 (especializados) Usted paga 25% del costo total Una vez que haya pagado \$2,400 sus gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura Catastrófica).

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Etapa	2026	2027
Plan de pago de medicamentos de Medicare	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.	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 2027. 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.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Será dado de baja automáticamente del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, comprar un plan de medicamentos recetados por separado.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D. Su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) será dada de baja automáticamente.
- **Para cambiarse a 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.7).
- **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 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), o llame al 1-800-MEDICARE (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 2027, 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 2027.

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 Adicional para pagar sus medicamentos recetados
- Tienen cobertura de un empleador o la están dejando
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro 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 reúna los requisitos para recibir ayuda para cubrir el costo de sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la Ayuda Adicional y ayudar a cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de su plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán que pagar una penalización por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, 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 (SPAP).** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) 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 (SHIP). 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. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y sigue inscrito en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de inscripción para seguir participando en 2027. **Esta opción puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no reduce el costo de sus medicamentos ni le ahorra dinero.**

La Ayuda Adicional 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.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347. (Usuarios de TTY llamen al 711.)** Estamos disponibles para atender sus llamadas los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 30 de marzo), y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.
- **Lea su *Evidencia de Cobertura 2027***

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2027* del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las 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/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario/Lista de Medicamentos).

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, Lawrence, 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 2027***

El *Manual Medicare y Usted 2027* 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.

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. and Community First Insurance Plans (Community First) comply with applicable federal civil rights laws and do 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 de no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) y Community First Insurance Plans cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Community First no excluye ni 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 lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First al número que aparece en el reverso de su tarjeta de Miembro o al 1-800-434-2347. Si tiene dificultades auditivas, por favor llame al 711. Si usted cree que Community First no le proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o que fue discriminado/a de cualquier 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:

Coordinador de Cumplimiento Regulatorio de Community First

Teléfono: 210-227-2347 | TTY: 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 | TTY: 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

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

پاملرنه: که چیرې تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، په وړیا ډول د ژبې د مرستې خدمتونه ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي. د لاسرسي وړ ښو کي د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره مناسبې مرستې او خدمتونه په وړیا ډول د لاسرسي وړ دي. له 1-800-434-2347 (TTY: 711) شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا د خپلو خدمتونو له چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-800-434-2347 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة.

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 1-800-434-2347 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید.

توجه: اگر شما دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما در دسترس است. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس است. با 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه کننده خود صحبت کنید.

注意: 如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-434-2347（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

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 1-800-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, ufite serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu. Ibikoresho na serivisi byunganira bitangwa ku buntu kugira ngo amakuru atangwe mu buryo bworoshye kumva. Hamagara 1-800-434-2347 (TTY: 711) cyangwa uvugishe umuganga wawe.

DÍYAN DO: Zodi oñne Rohingya hotá hoo, toíle oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaífade formeth ót maalamat dibolla munasef modotgorede caíjjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbál doya loí hotá hoo.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-800-434-2347 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

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। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

አስተውሉ: ትግርኛ ትዘረብ እንተ ኢንካ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበካ ይኽእል እዩ። ብተወሳኺ 'ውን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዚድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይርከብ። ናብ 1-800-434-2347 (TTY: 711) ደውሉ ወይ ምስ ወሃቢ ኣገልግሎትካ ተዘራረብ።