

Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)
Community First Health Plans
12302 Silicon Dr #100
San Antonio, TX 78230

Dear Community First Health Plans Member:

On January 1, 2027, there will be important changes to the way you receive your Medicare and STAR+PLUS (Medicaid) services.

You are currently enrolled in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) for your Medicare services. You are also enrolled in a STAR+PLUS (Medicaid) plan either through our health care company or another health care company.

On January 1, 2027, your Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) is ending, and you will be enrolled in a new health plan, Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). This new Fully Integrated Dual Eligible Special Needs health plan:

- Contracts with both Medicare and STAR+PLUS (Medicaid) to provide benefits of both programs to Members.
- Was created to simplify your Medicare and Medicaid coverage and improve coordination of your care.
- Is provided by Community First Health Plans, Inc., which is the same company that currently provides your Medicare services through Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Unless you make a different choice, we will automatically enroll you in Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) on January 1, 2027. This means you will not be enrolled in Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) and your separate STAR+PLUS (Medicaid) plan starting January 1, 2027.

Transition Details

- You will continue to get Medicare services and STAR+PLUS (Medicaid) services through your current health plans through December 31, 2026.
- On January 1, 2027, you will start getting your Medicare services **and** STAR+PLUS (Medicaid) services through Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). You do not need to do anything to enroll.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



What to Know About Your New Plan

- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) will help you find or keep your current providers, manage medical supplies and prescriptions, and coordinate care and support services.
- This new plan may have different costs, providers or services. Review the details in the Annual Notice of Change (ANOC) enclosed with this letter and *Member Handbook (Evidence of Coverage)* at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).
- It is important to review the coverage of long-term services and supports if Community First Health Plans, Inc. currently does **not** provide your STAR+PLUS (Medicaid) services.
- We will send you a new Member ID card to use for both your Medicare services and STAR+PLUS (Medicaid) services.
- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) provides a Service Coordinator, also referred to as a Care Coordinator, to help coordinate your Medicare and STAR+PLUS services.
- If your Service Coordinator changes, we'll notify you directly.

Review New Plan Information

Carefully read the Annual Notice of Change and *Member Handbook (Evidence of Coverage)* to determine if Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) will meet your health care needs, including those for long-term services and supports.

If You Want to Choose a Different Plan

You can choose not to automatically enroll in Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). Section G of the enclosed Annual Notice of Change explains:

- The different choices for how you can get your Medicare and Medicaid services.
- How to enroll in different Medicare Advantage plans, including how to choose a plan that allows you to stay with the health care company that currently provides your STAR+PLUS (Medicaid) services.
- When you can enroll in different plans.

If you choose to enroll in a different plan, in most instances, you'll be enrolled in the new plan for your Medicare benefits the first day of the month after you request to be enrolled in that plan.

You may still receive your STAR+PLUS (Medicaid) services from your STAR+PLUS (Medicaid) health plan for one additional month. After that, you'll receive your STAR+PLUS services through the new plan.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



There will be no gap in your STAR+PLUS coverage. Please call us at 1-833-434-2347 or TTY 711 for more information or if you have any questions.

Who to Contact for Help

To learn more about these changes, your new plan and plan benefits:

- Call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free.
- Visit CommunityFirstMedicare.com.

For help understanding your Medicare options, call:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048.
- Texas Health Information Counseling and Advocacy Program of Texas (HICAP): 800-252-9240.

For help with Medicaid services, call:

- Texas Enrollment Broker: 1-800-964-2777
- Texas HHS Ombudsman: 1-866-566-8989 (TTY: 711).

Thank you for being a valued Community First Member. We look forward to continuing to support your health and care needs through this transition and beyond.

Sincerely,

Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

Call Member Services 1-833-434-2347 (TTY 711)

Enclosures: Annual Notice of Change (ANOC)

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) offered by
Community First Health Plans, Inc.

Annual Notice of Change for 2027

Introduction

You are currently enrolled as a Member of our plan. Next year, there will be some changes to our benefits, coverage, rules, and costs. This *Annual Notice of Change* tells you about the changes and where to find more information about them. To get more information about costs, benefits, or rules please review the *Member Handbook (Evidence of Coverage)*, which is located on our website at CommunityFirstMedicare.com. You can also review the separately mailed *Member Handbook (Evidence of Coverage)*. Call Member Services at the number at the bottom of the page to get a copy by mail. Key terms and their definitions appear in alphabetical order in the last chapter of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)*.

Additional resources

- This document is available for free in Spanish.
- **ATTENTION:** If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.
- You can get this Annual Notice of Change for free in other formats, such as large print, braille, or audio. The booklet may also be mailed to you in a different format. Once you let us know your preferred format, we will keep that preference on file and use it for future plan communications and mailings, unless you tell us otherwise. Call 1-833-434-2347 (TTY 711) for more information. The call is free. Representatives are available:
 - 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m., October 1 – March 31
 - Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m., April 1 – September 30
 - TTY 711 is available 24/7, to be used by deaf and hard-of-hearing Medicare Members

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Table of Contents

A. Disclaimers.....	6
B. Reviewing your Medicare and STAR+PLUS (Medicaid) coverage for next year	6
B1. Information about Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).....	7
B2. Important things to do	7
C. Changes to our plan name	9
D. Changes to our network providers and pharmacies.....	9
E. Changes to benefits and costs for next year	10
E1. Changes to benefits and costs for medical services	10
E2. Changes to drug coverage	15
E3. Stage 1: “Initial Coverage Stage”	18
E4. Stage 2: “Catastrophic Coverage Stage”	21
F. Administrative changes	21
G. Choosing a plan	22
G1. Staying in our plan	22
G2. Changing plans.....	22
H. Getting help.....	28
H1. Our plan.....	28
H2. Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP)	29
H3. Health and Human Services (HHS) Office of the Ombudsman.....	29
H4. Medicare	29
H5. STAR+PLUS.....	30
H6. The Medicare Prescription Payment Plan	30

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



A. Disclaimers

- ❖ Community First Health Plans, Inc. is an HMO and HMO D-SNP with a Medicare contract and a contract with the Texas State Medicaid Agency. 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 (TTY 711) for more information.
- ❖ Texas D-SNP Members: As a Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) Member, you have coverage from both Medicare and Medicaid. You receive your Medicare health care and prescription drug coverage through Community First Health Plans, Inc. and are also eligible to receive additional health care services and coverage through Texas Medicaid. Texas D-SNP prospective enrollees: For detailed information about Texas Medicaid benefits, please visit the Texas Medicaid website at <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>.
- ❖ **Texas STAR+PLUS Benefits:** As a Member of Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), you receive Medicaid long-term services and supports (LTSS) and other Medicaid-covered services through the STAR+PLUS program. STAR+PLUS benefits are administered under contract with the Texas Health and Human Services Commission (HHSC). STAR+PLUS eligibility and covered services are subject to state rules and may change. Loss of STAR+PLUS eligibility may affect your enrollment in this plan and your access to certain benefits.
- ❖ **Integrated Care Coordination:** Community First coordinates your Medicare and Medicaid benefits through a single plan and care management team to help ensure access to covered services and supports. Medicaid benefits are provided in accordance with Texas Medicaid and STAR+PLUS program requirements.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



B. Reviewing your Medicare and STAR+PLUS (Medicaid) coverage for next year

It's important to review your coverage now to make sure it will still meet your needs next year. If it doesn't meet your needs, you may be able to leave our plan. Refer to **Section E** for more information on changes to your benefits for next year.

If you choose to leave our plan, your Medicare membership will end on the last day of the month in which your request was made. You'll still be in the Medicare and STAR+PLUS programs as long as you're eligible.

If you leave our plan, you can get information about your:

- Medicare options in the table in **Section G2**
- STAR+PLUS options and services in **Section G2**

B1. Information about Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) is a health plan that contracts with both Medicare and STAR+PLUS to provide benefits of both programs to Members.
- When this *Annual Notice of Change* says "we," "us," "our," or "our plan," it means Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

B2. Important things to do

- **Check if there are any changes to our benefits and costs that may affect you.**
 - Are there any changes that affect the services you use?
 - Review benefit and cost changes to make sure they'll work for you next year.
 - Refer to **Section E1** for information about benefit changes for our plan.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



- **Check if there are any changes to our drug coverage that may affect you.**
 - Will your drugs be covered? Can you use the same pharmacies? Will there be any changes such as prior authorization, step therapy, or quantity limits?
 - Review changes to make sure our drug coverage will work for you next year.
 - Refer to **Section E2** for information about changes to our drug coverage.
 - Your drug costs may have risen since last year.
 - Talk to your doctor about lower cost alternatives that may be available for you; this may save you in annual out-of-pocket costs throughout the year.
 - Keep in mind that your plan benefits determine exactly how much your own drug costs may change.
- **Check if your providers and pharmacies will be in our network next year.**
 - Are your doctors, including your specialists, in our network? What about your pharmacy? What about the hospitals or other providers you use?
 - Refer to **Section D** for information about our *Provider and Pharmacy Directory*.
- **Think about your overall costs in the plan.**
 - How much will you spend out-of-pocket for the services and drugs you use regularly?
 - How do the total costs compare to other coverage options?
- **Think about if you're happy with our plan.**

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



If you decide to stay with Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP):

If you want to stay with us next year, it's easy – you don't need to do anything. If you don't make a change, you automatically stay enrolled in Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) for both your Medicare and STAR+PLUS coverage.

If you decide to change plans:

If you decide other coverage will better meet your needs, you may be able to switch plans (refer to **Section G2** for more information). If you enroll in a new plan, or change to Original Medicare, your new coverage will begin on the first day of the following month.

If you move to another Medicare plan that provides your Medicare and most or all of your STAR+PLUS benefits and services in one plan, your STAR+PLUS plan will automatically change to match that choice.

If you choose to move to Original Medicare, then your STAR+PLUS plan will remain the same.

C. Changes to our plan name

On January 1, 2027, our plan name changes from Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) to Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

You will get a new Member ID card in the mail. You can use this new card for both your STAR+PLUS (Medicaid) and Medicare benefits. From now on, any letters or messages you get from us will show this new plan name: Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

D. Changes to our network providers and pharmacies

Amounts you pay for your drugs depend on which pharmacy you use. Our plan has a network of pharmacies. In most cases, your prescriptions are covered *only* if they're filled at one of our network pharmacies.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



Please review the 2027 *Provider and Pharmacy Directory* to find out if your providers (primary care provider, specialists, hospitals, etc.) or pharmacy are in our network. An updated *Provider and Pharmacy Directory* is located on our website at CommunityFirstMedicare.com. You may also call Member Services at the numbers at the bottom of the page for updated provider information or to ask us to mail you a *Provider and Pharmacy Directory*.

It's important that you know that we may also make changes to our network during the year. If your provider leaves our plan, you have certain rights and protections. For more information, refer to **Chapter 3** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* or call Member Services at the number at the bottom of the page for help.

E. Changes to benefits and costs for next year

E1. Changes to benefits and costs for medical services

We're changing our coverage for certain medical services next year. The table below describes these changes.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Benefit	2026 (This Year)	2027 (Next Year)
Care Coordination	Medicare and STAR+PLUS services may be coordinated by separate plans.	Medicare and STAR+PLUS services will be coordinated through one integrated plan and one care management team.
Personal Assistance Services (PAS)	Available through your STAR+PLUS plan.	Available through Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) as part of your STAR+PLUS benefits.
Long-Term Services and Supports (LTSS)	Available through your separate STAR+PLUS plan.	Available through a single integrated plan for eligible Members.
Adaptive Aids and Medical Supplies	Covered when medically necessary through your STAR+PLUS plan.	Covered when medically necessary through your integrated STAR+PLUS benefits.
Minor Home Modifications	Covered for eligible Members through STAR+PLUS.	Covered for eligible Members through Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).
Nursing Facility Services	Covered through STAR+PLUS.	Covered through the integrated STAR+PLUS benefit.
Respite Services	Covered for eligible Members receiving STAR+PLUS HCBS services.	Continued coverage for eligible Members through STAR+PLUS HCBS services.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Benefit	2026 (This Year)	2027 (Next Year)
Home and Community-Based Services (HCBS)	Covered for eligible Members through STAR+PLUS.	Covered through your integrated plan for eligible Members who meet STAR+PLUS HCBS requirements.
Medical Transportation	Available through STAR+PLUS.	Available through STAR+PLUS in addition to the Medicare supplemental transportation benefit.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (this year)	2027 (next year)
Maximum out-of-pocket amount	\$9,250 If you are eligible for Medicare cost-sharing assistance under Medicaid, you are not responsible for paying any out-of-pocket costs toward the maximum out-of-pocket amount for covered Part A and Part B services.	There's no cost sharing for medical services in Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), so your annual out-of-pocket costs will be \$0.
Part D drug coverage deductible	\$615 (except for covered insulin products and most Part D vaccines)	\$700 (except for covered insulin products and most Part D vaccines)
Part D Annual Out-Of-Pocket Cost Threshold	\$2,100	\$2,400

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (this year)	2027 (next year)
Special Supplemental Benefits for Chronically Ill (SSBCI)	You have a \$110 plan allowance per quarter (with rollover between each quarter).	SSBCI and over-the-counter (OTC) are now covered as a combined benefit allowance. You have a combined \$200 plan allowance per quarter (with rollover between each quarter). If you qualify for SSBCI then you may use this allowance on food, produce, and general support for living. If you do not qualify for SSBCI, then you will use the \$200 allowance only for eligible OTC expenses.
Over-the-counter items (OTC)	You have a \$50 plan allowance per quarter (with rollover between each quarter).	OTC and SSBCI are now covered as a combined benefit allowance. You have a combined \$200 plan allowance per quarter (with rollover between each quarter). If you qualify for SSBCI then you may use this allowance on SSBCI eligible expenses.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (this year)	2027 (next year)
Non-emergency Medical Transportation (NEMT)	You have 55 one-way transportations services per year.	You have 30 one-way transportation services per year. Then, you receive unlimited transportation under your STAR+PLUS benefits.
Diagnostic and Preventive Dental	You have a maximum amount of \$2,000 per year.	You have a maximum amount of \$2,500 per year.
Eyewear	\$375 per year	\$275 per year
Prescription Hearing Aids	\$4,000 per year	\$2,500 per year

E2. Changes to drug coverage

Changes to our *Drug List*

Our *List of Covered Drugs* is also called the *Formulary* or *Drug List*. A copy of our *Drug List* is posted online at CommunityFirstMedicare.com. The *Drug List* includes many—but not all—of the drugs that we'll cover next year. If you don't see your drug on this list, it might still be covered.

You can get the complete *Drug List* by calling Member Services at the number at the bottom of the page or visiting our website at CommunityFirstMedicare.com.

We made changes to our *Drug List*, which could include removing or adding drugs, changing drugs we cover, and changes to 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 find out if there are 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 and/or HHSC that will affect you during the calendar year. We update our online *Drug List* at least monthly to provide the most up to date

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



list of drugs. If we make a change that will affect a drug you're taking, we'll send you a notice about the change.

If you're affected by a change in drug coverage, we encourage you to:

- Work with your doctor (or other prescriber) to find a different drug that we cover.
 - You can call Member Services at the numbers at the bottom of the page or contact your Service Coordinator to ask for a *List of Covered Drugs* that treat the same condition.
 - This list can help your provider find a covered drug that might work for you.
- Work with your doctor (or other prescriber) and ask us to make an exception to cover the drug.
 - You can ask for an exception before next year, and we'll give you an answer within 72 hours after we get your request (or your prescriber's supporting statement).
 - To learn what you must do to ask for an exception, refer to **Chapter 9** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* or call Member Services at the numbers at the bottom of the page.
 - If you need help asking for an exception, contact Member Services or your Service Coordinator. Refer to **Chapters 2 and 3** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* to learn more about how to contact your Service Coordinator.
- Ask us to cover a temporary supply of the drug.
 - In some situations, we cover a **temporary** supply of the drug during the first 90 days of the calendar year.
 - This temporary supply is for up to 30 days. (To learn more about when you can get a temporary supply and how to ask for one, refer to **Chapter 5** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)*.)
 - When you get a temporary supply of a drug, talk with your doctor about what to do when your temporary supply runs out. You can either switch to a different drug our plan covers or ask us to make an exception for you and cover your current drug.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



Important Changes to Our Drug List (Formulary) for 2027

Our Drug List may change from year to year. Some drugs may be removed, moved to a different drug tier, or have new requirements or limitations added, such as prior authorization, step therapy, or quantity limits.

If you are currently taking a drug that will no longer be covered the same way in 2027, we will provide information about the change and available options. Current Members who are affected by certain negative formulary changes may qualify for a temporary transition supply of their medication to allow time to work with their prescriber to identify an appropriate covered alternative or request a formulary exception, if medically necessary.

What Happens to Existing Formulary Exceptions?

If you have an approved formulary exception in effect for 2026, we will review that exception for 2027. If the exception continues to meet plan requirements and remains clinically appropriate, coverage may continue into the new plan year. In some situations, you may need to submit a new exception request for 2027. If a new request is required, we will notify you and provide information about how to request an exception. You may also contact Member Services for additional assistance.

New Generic and Biosimilar Substitutions Beginning in 2027

Starting in 2027, we can immediately remove brand name drugs or original biological products on our Drug List if we replace them with new generics or certain biosimilar versions of the brand name drug or original biological product on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer rules. Also, when adding a new version, we can decide to keep the brand name drug or original biological product on our Drug List but immediately move it to a different cost-sharing tier, add new rules, or both.

For example, if you take a brand name drug or biological product that's being replaced by a generic or biosimilar version, you may not receive notice of the change 30 days in advance or before you get a month's supply of the brand name drug or biological product. You might receive information about the specific change after the change has already been made.

Some of these drug types may be new to you. For definitions of drug types, please refer to Chapter 12 of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)*. The Food and Drug Administration (FDA) also provides consumer information about biosimilars at: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients

You can also call Member Services at the number shown on this document or talk with your health care provider, prescriber, or pharmacist for more information.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Changes to drug costs

Because you're eligible for STAR+PLUS, you get Extra Help from Medicare to help pay for your Medicare Part D drugs.

We sent you a separate insert, called the "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (also known as the "Low Income Subsidy Rider" or the "LIS Rider"), which tells you about your drug coverage. If you don't have this insert, please call Member Services and ask for the "LIS Rider".

There are two payment stages for your Medicare Part D drug coverage under our plan. How much you pay depends on your level of Extra Help and which stage you're in when you get a prescription filled or refilled. Copays for drugs may vary based on the level of Extra Help you receive. Please contact the plan for more details.

These are the two stages:

Stage 1 Initial Coverage Stage	Stage 2 Catastrophic Coverage Stage
During this stage, our plan pays part of the costs of your drugs, and you pay your share. Your share is called the copay. You begin this stage when you fill your first prescription of the year.	During this stage, the plan pays all the costs of your drugs through December 31, 2027. You begin this stage after you pay a certain amount of out-of-pocket costs.

The Initial Coverage Stage ends when your total out-of-pocket costs for drugs reaches \$2,400. At that point, the Catastrophic Coverage Stage begins. Our plan covers all of your drug costs from then until the end of the year. Refer to **Chapter 6** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* for more information on how much you'll pay for drugs.

Under the Manufacturer Discount Program, drug manufacturers pay a portion of our plan's full cost for covered Part D brand name drugs and biologics during the Initial Coverage Stage and the Catastrophic Coverage Stage. Discounts paid by manufacturers under the Manufacturer Discount program don't count toward out-of-pocket costs.

E3. Stage 1: "Initial Coverage Stage"

During the Initial Coverage Stage, our plan pays a share of the cost of your covered drugs, and you pay your share. Your share is called the copay. The copay depends on what cost-sharing

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



tier the drug is in and where you get it. You pay a copay each time you fill a prescription. If your covered drug costs less than the copay, you pay the lower price.

We moved some of the drugs on our *Drug List* to a lower or higher drug tier. If your drugs move from tier to tier, this could affect your copay. To find out if your drugs are in a different tier, look them up in our *Drug List*

The following table shows your costs for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard copays in each of our 5 drug tiers. These amounts apply **only** during the time when you're in the Initial Coverage Stage.

Most adult Part D vaccines are covered at no cost to you.

For information about the costs for a long-term supply; or at a network pharmacy that offers preferred cost-sharing; or for mail-order prescriptions] go to **Chapter 6, Section D** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)*.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Drugs in Tier 1 (Preferred Generic) Cost for a one-month supply of a drug in Tier 1 that's filled at a network pharmacy	You pay \$0 of the total cost or \$0/\$0*	\$0
Drugs in Tier 2 (Generic) Cost for a one-month supply of a drug in Tier 2 that's filled at a network pharmacy	You pay 25% of the total cost or \$0/\$33.57*	\$0

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



	2026 (this year)	2027 (next year)
Drugs in Tier 3 (Preferred Brand) Cost for a one-month supply of a drug in Tier 3 that's filled at a network pharmacy	You pay 25% of the total cost or \$0/\$85.61*	\$0
Drugs in Tier 4 (Non-Preferred) Cost for a one-month supply of a drug in Tier 4 that's filled at a network pharmacy	You pay 25% of the total cost or \$0/\$45.04*	\$0
Drugs in Tier 5 (Specialty) Cost for a one-month supply of a drug in Tier 5 that's filled at a network pharmacy	You pay 25% of the total cost or \$0/\$557.15*	\$0

The Initial Coverage Stage ends when your total out-of-pocket costs reach **\$2,400**. At that point the Catastrophic Coverage Stage begins. The plan covers all your drug costs from then until the end of the year. Refer to **Chapter 6** of your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* for more information about how much you pay for drugs.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



E4. Stage 2: “Catastrophic Coverage Stage”

When you reach the out-of-pocket limit **\$2,400** for your drugs, the Catastrophic Coverage Stage begins and you pay nothing for your covered drugs. You stay in the Catastrophic Coverage Stage until the end of the calendar year.

For more information about your costs in the Catastrophic Coverage stage, refer to **Chapter 6**.

F. Administrative changes

There are some administrative changes to our plan for 2027. The table below describes these changes and any information you may need to know.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Plan Name Change	Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)	Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)
Plan Service Area	Bexar County and its surrounding counties (Atascosa, Bandera, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina, and Wilson)	Bexar County residents only. Please note that Members currently in our plan that do not reside in Bexar County will be enrolled in the Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) plan.
Medicaid Enrollment	This is a Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (HIDE). Members can select this Medicare plan but can enroll in another carrier's Medicaid plan.	This is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (FIDE). Members who are auto-enrolled or select this plan will be automatically enrolled in our STAR+PLUS plan.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



G. Choosing a plan

G1. Staying in our plan

We hope to keep you as a plan Member. You don't have to do anything to stay in our plan. Unless you sign up for a different Medicare plan or change to Original Medicare, you'll automatically stay enrolled as a Member of our plan for 2027.

If you decide to stay with our plan, your STAR+PLUS plan will remain the same and you don't have to take any action.

G2. Changing plans

Most people with Medicare can end their membership during certain times of the year. Because you have STAR+PLUS, you have some choices to end your membership in our plan, during any month of the year. If you decide to change your Medicare plan to another Medicare plan that provides your Medicare and most or all of your STAR+PLUS benefits and services in one plan, your STAR+PLUS plan will automatically change to the same plan that also provides your Medicare benefits. You don't have to take any action for this to occur. In addition, you may end your membership in our plan during the following periods:

- The **Open Enrollment Period** lasts from October 15 to December 7. If you choose a new plan during this period, your membership in our plan ends on December 31 and your membership in the new plan starts on January 1.
- The **Medicare Advantage (MA) Open Enrollment Period** lasts from January 1 to March 31. If you choose a new plan during this period, your membership in the new plan starts the first day of the next month.

There may be other situations when you're eligible to make a change to your enrollment. For example, when:

- you moved out of our service area,
- your eligibility for STAR+PLUS or Extra Help changed, **or**
- you recently moved into or are currently getting care in an institution (like a skilled nursing facility or a long-term care hospital). If you recently moved out of an institution, you can change plans or change to Original Medicare for two full months after the month you move out.

For additional information on changing your plan, please see the table below.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Your Medicare services

You have three options for getting your Medicare services listed below any month of the year. You have an additional option listed below during certain times of the year including the **Open Enrollment Period** and the **Medicare Advantage Open Enrollment Period** or other situations described in **Section G2**. By choosing one of these options, you automatically end your membership in our plan.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



1. You can change to: Another plan that provides your Medicare and most or all of your STAR+PLUS benefits and services in one plan. If you choose another Medicare plan that also provides your STAR+PLUS benefits, your STAR+PLUS plan will also change to the same plan that provides your Medicare benefits. You don't need to take any action for this to occur. Or You can enroll in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). PACE is available in Potter, Randall, El Paso, and Lubbock Counties. If you choose to enroll in PACE, the benefits include, but aren't limited to, all Medicaid and Medicare covered services including prescription drugs. You must receive all needed health care services, including primary care and specialist physician services (other than emergency services), from the PACE organization or an entity authorized by the PACE organization. To get more information about PACE, call Texas PACE Program at 1-512-487-3450.	Here is what to do: Call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048. If you need help or more information: • Call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at 1-800-252-9240, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). For more information or to find a local Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) office in your area, please visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare OR Enroll in a plan that provides your Medicare and most or all of your STAR+PLUS benefits and services in one plan. If you enroll in a new plan, you'll automatically be disenrolled from our plan when your new plan's coverage begins.
---	--

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



2. You can change to: Original Medicare with a separate Medicare drug plan If you choose to move to Original Medicare, your STAR+PLUS plan will remain the same. You don't have to take any action for this to occur.	Here is what to do: Call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048. If you need help or more information: • Call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at 1-800-252-9240, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). For more information or to find a Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) office in your area, please visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare OR Enroll in a new Medicare drug plan. You'll automatically be disenrolled from our plan for your Medicare benefits when your Original Medicare coverage begins, but you'll continue to be enrolled in our STAR+PLUS plan for your Medicaid benefits. You don't have to take any action for this to occur.
---	---

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



3. You can change to: Original Medicare without a separate Medicare drug plan if you have a valid disenrollment reason If you choose to move to Original Medicare, your STAR+PLUS plan will remain the same. You don't have to take any action for this to occur. NOTE: If you switch to Original Medicare and don't enroll in a separate Medicare drug plan, Medicare may enroll you in a drug plan, unless you tell Medicare you don't want to join. You should only drop drug coverage if you have drug coverage from another source, such as an employer or union. If you have questions about whether you need drug coverage, call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at 1-800-252-9240, Monday-Friday, from 8 a.m. to 5 p.m. CST. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). For more information or to find a Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) office in your area, please visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare	Here is what to do: Call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048. If you need help or more information: • Call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at 1-800-252-9240, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). For more information or to find a Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) office in your area, please visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare You'll automatically be disenrolled from our plan for your Medicare benefits when your Original Medicare coverage begins, but you'll continue to be enrolled in our STAR+PLUS plan for your Medicaid benefits. You don't have to take any action for this to occur.
---	---

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



4. You can change to:

Any Medicare health plan during certain times of the year including the **Open Enrollment Period** and the **Medicare Advantage Open Enrollment Period** or other situations described in **Section G2**.

If you choose another Medicare plan that also provides your STAR+PLUS benefits during certain times of the year, your STAR+PLUS plan will also change to the same plan that provides your Medicare benefits. You don't need to take any action for this to occur. If you choose to enroll in any other Medicare health plan, such as a Medicare Advantage Plan (MAP) or Original Medicare, during certain times of the year, then your STAR+PLUS plan will remain the same. In this situation, if you want to change your STAR+PLUS plan, you can change at any time by contacting the Texas Enrollment Broker 800-964-2777, 8 a.m. to 6 p.m. CST, Monday-Friday.

Here is what to do:

Call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

For Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) inquiries, call 1-512-487-3450.

If you need help or more information:

- Call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at 1-800-252-9240, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST. In Texas, the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). For more information or to find a Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) office in your area, please visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

OR

Enroll in a new Medicare plan.

You'll automatically be disenrolled from our Medicare plan when your new plan's coverage begins.

If you choose another Medicare plan that also provides your STAR+PLUS benefits, you don't need to take any action for your STAR+PLUS plan to automatically align with your new Medicare plan.

If you choose to enroll in any other Medicare health plan, such as a Medicare

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



	Advantage Plan (MAP) or Original Medicare, then your STAR+PLUS plan will remain the same. If you want to change your STAR+PLUS plan, you can change at any time by contacting the Texas Enrollment Broker 800-964-2777, 8 a.m. to 6 p.m. CST, Monday-Friday.
--	---

Your STAR+PLUS services

For questions about how to get your STAR+PLUS services after you leave our plan, call the Texas Enrollment Broker at 800-964-2777, 8 a.m. to 6 p.m. CST, Monday-Friday. Ask how joining another plan or returning to Original Medicare affects how you get your STAR+PLUS coverage.

H. Getting help

H1. Our plan

We're here to help if you have any questions. Call Member Services at the numbers at the bottom of the page during the days and hours of operation listed. These calls are toll-free.

Read your *Member Handbook (Evidence of Coverage)*

Your *Member Handbook (Evidence of Coverage)* is a legal, detailed description of our plan's benefits. It has details about benefits and costs for 2027. It explains your rights and the rules to follow to get services and drugs we cover.

The *Member Handbook (Evidence of Coverage)* for 2027 will be available by October 15. You can also review the separately mailed *Member Handbook (Evidence of Coverage)* to find out if other benefit or cost changes affect you. An up-to-date copy of the *Member Handbook (Evidence of Coverage)* is available on our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). You may also call Member Services at the numbers at the bottom of the page to ask us to mail you a *Member Handbook (Evidence of Coverage)* for 2027.

Our website

You can visit our website at [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). As a reminder, our website has the most up-to-date information about our provider and pharmacy network (*Provider and Pharmacy Directory*) and our *Drug List (List of Covered Drugs)*.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



H2. Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP)

You can also call the state health insurance program (SHIP). In Texas the SHIP is called the Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP). The HICAP has trained counselors who can help you understand your plan choices and answer questions about switching plans. The HICAP isn't connected with us or with any insurance company or health plan, and HICAP's services are free.

For more information or to find a local HICAP office in your area, call 1-800-252-9240, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST, or visit www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

H3. Health and Human Services (HHS) Office of the Ombudsman

The HHS Office of the Ombudsman helps STAR+PLUS Members answer questions and file complaints about STAR+PLUS services, for example, nursing services, minor home modifications, and adaptive aids.

- The ombudsman's services are free.
- They can answer questions if you have a problem or complaint about your STAR+PLUS services and can help you understand what to do.
- The HHS Office of the Ombudsman can help you file a complaint and understand your appeal rights with our plan related to your STAR+PLUS services. They can help you if you are having a problem with STAR+PLUS.
- The HHS Office of the Ombudsman makes sure you have information related to your rights and protections and how you can get your concerns related to your STAR+PLUS services resolved.
- The HHS Office of the Ombudsman isn't connected with us or with any insurance company or health plan. The phone number for the HHS Office of the Ombudsman is 1-866-566-8989.

H4. Medicare

To get information directly from Medicare:

- 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 www.Medicare.gov/talk-to-someone
- write to Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Medicare's Website

You can visit the Medicare website (www.medicare.gov). If you choose to disenroll from our plan and enroll in another Medicare plan, the Medicare website has information about costs, coverage, and quality ratings to help you compare plans.

You can find information about Medicare plans available in your area by using Medicare Plan Finder on Medicare's website. (For information about plans, refer to www.medicare.gov and click on "Find plans.")

Medicare & You 2027

You can read the *Medicare & You 2027* handbook. Every year in the fall, this booklet is mailed to people with Medicare. It has a summary of Medicare benefits, rights and protections, and answers to the most frequently asked questions about Medicare. This handbook is also available in Spanish, Chinese, and Vietnamese.

If you don't have a copy of this booklet, you can get it at the Medicare website (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

H5. STAR+PLUS

You can visit the STAR+PLUS website for general information about the benefits and services offered through the program, www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus.

If you choose to disenroll from our STAR+PLUS plan and need more information on how to join another plan or returning to Original Medicare affects how you get your Medicaid services, call the Texas Enrollment Broker 800-964-2777, 8 a.m. to 6 p.m. Central Time, Monday through Friday.

H6 The Medicare Prescription Payment Plan

The Medicare Prescription Payment Plan is a payment option that may help you manage your out-of-pocket costs for drugs covered by our plan by spreading them across the calendar year (January-December) as monthly payments. 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, you don't need to do anything to continue participating in 2027. This payment option might help you manage your expenses, but it doesn't save you money or lower your total out-of-pocket drug costs.

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



“Extra Help” from Medicare and help from Texas’ pharmaceutical assistance program (SPAP) and the AIDS Drug Assistance Program (ADAP), for those who qualify, is more advantageous than participation in the Medicare Prescription Payment Plan. To learn more about this program please contact us at the phone number at the bottom of this page or visit www.Medicare.gov.

PRA Disclosure Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1444. If you have comments or suggestions for improving this form, write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

If you have questions, please call Community First Member Services at 1-833-434-2347, 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). If you have difficulties hearing or speaking, call TTY 711 24 hours a day, 7 days a week. This call is free. **For more information**, visit CommunityFirstMedicare.com.



Effective January 1, 2027

Evidence of Coverage Rider
for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs
(also called a Low Income Subsidy Rider or LIS Rider)

Please keep this notice. This notice is part of the Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) Evidence of Coverage. Our records show that you qualify for Extra Help paying for your prescription drug coverage. This means that you will get help paying your monthly premium, yearly deductible, and prescription drug cost-sharing.

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

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

Your monthly plan premium is	Your yearly deductible is	Your cost-sharing amount for generic/preferred multisource drugs is no more than	Your cost-sharing amount for all other drugs is no more than
\$0*	\$0	\$0/\$1.60/\$4.90 (each prescription)	\$0/\$4.80/\$12.15 (each prescription)

*The monthly plan premium does not include any Medicare Part B premium that you may still need to pay. The plan premium you pay has been calculated based on the Plan's premium and the amount of Extra Help you get.

Please refer to your Evidence of Coverage for more information on paying your plan premium.

Once the amount both you and Medicare pay (as the Extra Help) reaches \$2,400 in a year, your copayment amount(s) will go down to \$0 per prescription for covered Part D drugs.

Medicare or Social Security will periodically review your eligibility to make sure that you still qualify for Extra Help with your Medicare prescription drug plan costs. Your eligibility for Extra Help might change if there is a change in your income or resources, if you get married or become single, or if you lose Medicaid.

If you have any questions about this notice, please go to [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) or contact Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) at 1-833-434-2347 from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week (October 1-March 31); Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., (April 1-September 30). TTY users should call 711. Messaging service is available on weekends, after hours, and on federal holidays. Calls to these numbers are free.

Sincerely,

Community First Health Plans
 Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)
Community First Health Plans
12302 Silicon Dr #100
San Antonio, TX 78230

Estimado/a Miembro de Community First Health Plans:

El 1 de enero de 2027 habrá cambios importantes en la forma en que recibe sus servicios de Medicare y STAR+PLUS (Medicaid).

Actualmente está inscrito en el plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP) para sus servicios de Medicare. También está inscrito en un plan STAR+PLUS (Medicaid), ya sea a través de nuestra compañía de atención médica o de otra compañía de atención médica.

El 1 de enero de 2027, finaliza el plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP) y lo inscribiremos en un nuevo plan de salud, Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). Este nuevo plan de salud para necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado tiene las siguientes características:

- Tiene contratos con Medicare y STAR+PLUS (Medicaid) para proporcionar beneficios de ambos programas a los Miembros.
- Se creó para simplificar su cobertura de Medicare y Medicaid, además de mejorar la coordinación de su atención.
- Su prestación está a cargo de Community First Health Plans, Inc., que es la misma empresa que actualmente ofrece sus servicios de Medicare a través del plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP).

A menos que elija otra opción, lo inscribiremos automáticamente en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) el 1 de enero de 2027. Esto significa que no estará inscrito en el plan Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP) ni en el plan separado STAR+PLUS (Medicaid) a partir del 1 de enero de 2027.

Detalles de la transición

- Seguirá recibiendo servicios de Medicare y servicios STAR+PLUS (Medicaid) a través de sus planes de salud actuales hasta el 31 de diciembre de 2026.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete 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). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



- El 1 de enero de 2027, comenzará a recibir sus servicios de Medicare **y** servicios STAR+PLUS (Medicaid) a través de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). No tiene que hacer nada para inscribirse.

Qué debe saber sobre su nuevo plan

- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) lo ayudará a encontrar o mantener a sus proveedores actuales, gestionar suministros médicos y recetas, y coordinar la atención y los servicios de apoyo.
- Este nuevo plan puede tener diferentes costos, proveedores o servicios. Revise los detalles en el Aviso anual de cambios (Annual Notice of Change, ANOC) adjunto a esta carta y el *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).
- Es importante revisar la cobertura de los servicios y apoyos a largo plazo si Community First Health Plans, Inc. actualmente **no** ofrece sus servicios STAR+PLUS (Medicaid).
- Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de Miembro para que utilice tanto los servicios de Medicare como los servicios STAR+PLUS (Medicaid).
- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) proporciona un coordinador de servicios, también conocido como coordinador de la atención, para ayudarlo a coordinar sus servicios de Medicare y STAR+PLUS.
- Si cambia su coordinador de servicios, se lo notificaremos directamente.

Revise la información del nuevo plan

Lea detenidamente el Aviso anual de cambios y el *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para determinar si Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) cubrirá sus necesidades de atención médica, incluidas las de servicios y apoyos a largo plazo.

Si quiere elegir otro plan

Puede elegir no inscribirse automáticamente en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). La Sección G del Aviso anual de cambios adjunto explica lo siguiente:

- Las diferentes opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid.
- Cómo inscribirse en diferentes planes Medicare Advantage, incluso cómo elegir un plan que le permita permanecer con la compañía de atención médica que actualmente ofrece sus servicios STAR+PLUS (Medicaid).
- Cuándo puede inscribirse en diferentes planes.

Si decide inscribirse en otro plan, en la mayoría de los casos estará inscrito en el nuevo plan para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción en ese plan.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



Aún puede recibir sus servicios STAR+PLUS (Medicaid) de su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios STAR+PLUS a través del nuevo plan.

No habrá periodos sin cobertura de STAR+PLUS. Llámenos al 1-833-434-2347 o TTY 711 para obtener más información o si tiene alguna pregunta.

A quién contactar para pedir ayuda

Para saber más sobre estos cambios, su nuevo plan y los beneficios que se ofrecen:

- Llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete 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). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratis.
- Visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Para obtener ayuda con sus opciones de Medicare, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (Health Information Counseling and Advocacy Program of Texas, HICAP) de Texas: 800-252-9240.

Para obtener ayuda con los servicios de Medicaid, llame al:

- Agente de inscripciones en Texas: 1-800-964-2777
- Defensor del Pueblo de HHS de Texas: 1-866-566-8989 (TTY: 711).

Gracias por ser un valioso Miembro de Community First. Esperamos poder seguir apoyando sus necesidades de salud y atención durante esta transición y en el futuro.

Atentamente.

Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711)

Adjuntos: Aviso anual de cambios (ANOC)

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) ofrecido por
Community First Health Plans, Inc.

Aviso anual de cambios para 2027

Introducción

Actualmente está inscrito como Miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en nuestros beneficios, coberturas, normas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información al respecto. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte el *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*, que se encuentra en nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. También puede consultar el *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* que se envía por correo por separado. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para recibir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en español.
- **ATENCIÓN:** Si habla un idioma distinto al inglés, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles para usted. También están disponibles gratuitamente ayudas auxiliares y servicios adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. También podemos enviarle el folleto en otro formato. Una vez que nos indique su formato preferido, conservaremos esa preferencia y la usaremos para futuras comunicaciones y envíos de planes, a menos que usted nos indique lo contrario. Llame al 1-833-434-2347 (TTY 711) para obtener más información. La llamada es gratuita. Los representantes están disponibles:
 - Los siete 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.
 - El número TTY 711 está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para los miembros de Medicare que tienen sordera o discapacidad auditiva.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Tabla de contenidos

A. Descargos de responsabilidad	6
B. Revisión de su cobertura de Medicare y STAR+PLUS (Medicaid) para el próximo año	6
B1. Información sobre Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).....	7
B2. Cosas importantes que hacer	7
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	9
D. Cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red	9
E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	10
E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	15
E3. Etapa 1: “etapa inicial de cobertura”	19
E4. Etapa 2: “etapa de cobertura catastrófica”	21
F. Cambios administrativos	21
G. Cómo elegir un plan	22
G1. Seguir en nuestro plan.....	22
G2. Cambiar de plan	23
H. Si necesita ayuda.....	28
H1. Nuestro plan	28
H2. Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas.....	29
H3. Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS).....	29
H4. Medicare	30
H5. STAR+PLUS.....	31
H6. El Plan de Pago de Recetas de Medicare	31

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



A. Descargos de responsabilidad

- ❖ Community First Health Plans, Inc. es una HMO y HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First se comercializa bajo los nombres Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) y Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 (TTY 711) para obtener más información.
- ❖ Miembros del D-SNP de Texas: como Miembro de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Recibe su cobertura médica y de los medicamentos con receta de Medicare a través de Community First Health Plans, Inc. y también es elegible para recibir servicios y cobertura médica adicional a través de Medicaid de Texas. Personas con posibilidad de inscripción en el D-SNP de Texas: para obtener información detallada sobre los beneficios de Medicaid de Texas, visite la página web de Medicaid de Texas en <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>.
- ❖ **Beneficios de Texas STAR+PLUS:** como Miembro de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), recibe los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) de Medicaid y otros servicios cubiertos por Medicaid a través del programa STAR+PLUS. Los beneficios STAR+PLUS se administran bajo contrato con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas. La elegibilidad para STAR+PLUS y los servicios cubiertos están sujetos a las normas estatales y pueden cambiar. La pérdida de la elegibilidad para STAR+PLUS puede afectar su inscripción en este plan y su acceso a ciertos beneficios.
- ❖ **Coordinación integrada de la atención:** Community First coordina sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de un único plan y un equipo de gestión de cuidados para ayudar a garantizar el acceso a los servicios y apoyos cubiertos. Los beneficios de Medicaid se proporcionan de acuerdo con los requisitos de los programas Medicaid de Texas y STAR+PLUS.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



B. Revisión de su cobertura de Medicare y STAR+PLUS (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía en Medicare finalizará el último día del mes en que se haya realizado la solicitud. Seguirá en los programas de Medicare y STAR+PLUS mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en la tabla de la **Sección G2**
- Opciones y servicios STAR+PLUS, en la **Sección G2**

B1. Información sobre Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

- Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con STAR+PLUS para ofrecer beneficios de ambos programas a los Miembros.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes que hacer

- **Vea si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarlo.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa?
 - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sigan siendo adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



- **Vea si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarlo.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Podrá usar las mismas farmacias? ¿Habrá cambios como autorizaciones previas, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos siga siendo útil para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de los medicamentos hayan subido desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden variar sus propios costos de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que lo atienden?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en los costos totales del plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa habitualmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Si decide quedarse con Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP):

Si quiere quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si no hace ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) tanto para su cobertura de Medicare como para STAR+PLUS.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se adapta mejor a sus necesidades, tal vez puede cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Si se traslada a otro plan de Medicare que ofrezca sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de STAR+PLUS en un mismo plan, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente para ajustarse a esa opción.

Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan pasará de ser Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP) a ser Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro por correo. Puede usar esta nueva tarjeta tanto para sus beneficios STAR+PLUS (Medicaid) como para Medicare. A partir de ahora, cualquier carta o mensaje que reciba de nosotros mostrará este nuevo nombre de plan: Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

D. Cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red

Las cantidades que pague por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).



Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2027* para saber si sus proveedores (médico de cabecera, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Puede encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podríamos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* o llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página si desea recibir ayuda.

E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos. La tabla siguiente describe estos cambios.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Beneficio	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Coordinación de la atención	Los servicios de Medicare y STAR+PLUS pueden coordinarse mediante planes separados.	Los servicios de Medicare y STAR+PLUS se coordinarán a través de un plan integrado y un equipo de gestión de la atención.
Servicios de asistencia personal (Personal Assistance Services, PAS)	Disponibles a través de su plan STAR+PLUS.	Disponibles a través de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) como parte de sus beneficios STAR+PLUS.
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	Disponibles a través de su plan STAR+PLUS por separado.	Disponibles a través de un único plan integrado para los Miembros elegibles.
Ayudas adaptativas y suministros médicos	Cubiertos cuando sean médicamente necesarios a través de su plan STAR+PLUS.	Cubiertos cuando sean médicamente necesarios a través de sus beneficios integrados STAR+PLUS.
Modificaciones menores en la casa	Cubiertas para los Miembros elegibles a través de STAR+PLUS.	Cubiertas para los Miembros elegibles a través de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).
Servicios de centros de enfermería	Cubiertos a través de STAR+PLUS.	Cubiertos por el beneficio STAR+PLUS integrado.
Servicios de relevo	Cubiertos para los Miembros elegibles que reciben servicios STAR+PLUS HCBS.	Cobertura continua para los Miembros elegibles a través de los servicios STAR+PLUS HCBS.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Beneficio	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community-Based Services, HCBS)	Cubiertos para los Miembros elegibles a través de STAR+PLUS.	Cubiertos por su plan integrado para los Miembros elegibles que cumplen los requisitos de STAR+PLUS HCBS.
Transporte médico	Disponible a través de STAR+PLUS.	Disponible a través de STAR+PLUS además del beneficio suplementario de transporte de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Importe máximo de bolsillo	\$9,250 Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare mediante Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo a fin de alcanzar el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.	No hay costos compartidos para los servicios médicos en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), por lo que sus costos anuales de bolsillo serán de \$0.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D	\$615 (excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D)	\$700 (excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D)
Umbral anual de costo de bolsillo de la Parte D	\$2,100	\$2,400

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI)	Tiene una asignación del plan de \$110 por trimestre (con traspaso de un trimestre al siguiente).	Los SSBCI y los artículos de venta libre (OTC) ahora están cubiertos como una asignación combinada de beneficios. Tiene una asignación del plan combinada de \$200 por trimestre (con traspaso de un trimestre al siguiente). Si cumple los requisitos para recibir SSBCI, puede utilizar esta asignación para alimentos, productos frescos y respaldo general para la subsistencia. Si no cumple los requisitos para recibir SSBCI, entonces solo usará la asignación de \$200 para gastos de OTC elegibles.
Artículos de venta libre (over-the-counter, OTC)	Tiene una asignación del plan de \$50 por trimestre (con traspaso de un trimestre al siguiente).	Los OTC y los SSBCI ahora están cubiertos como una asignación combinada de beneficios. Tiene una asignación del plan combinada de \$200 por trimestre (con traspaso de un trimestre al siguiente). Si cumple los requisitos para recibir SSBCI, puede utilizar esta asignación para gastos elegibles de SSBCI.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Transporte médico no urgente (Non-emergency Medical Transportation, NEMT)	Dispone de 55 servicios de transporte de ida o de vuelta al año.	Tiene 30 servicios de transporte de ida o de vuelta al año. Después, recibe transporte ilimitado en virtud de sus beneficios STAR+PLUS.
Servicios dentales de diagnóstico y preventivos	Tiene un monto máximo de \$2,000 al año.	Tiene un monto máximo de \$2,500 dólares al año.
Anteojos	\$375 al año	\$275 al año
Audífonos con receta	\$4,000 dólares al año	\$2,500 dólares al año

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama *Formulario o Lista de medicamentos*. Una copia de nuestra *Lista de medicamentos* está publicada en línea en CommunityFirstMedicare.com. La Lista de medicamentos incluye muchos de los fármacos que cubriremos el próximo año, aunque no todos. Si no ve su medicamento en esta lista, puede que igualmente esté cubierto.

Puede obtener la lista completa de medicamentos llamando a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o puede visitar nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com.

Hemos realizado cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que pueden incluir la eliminación o el agregado de medicamentos, el cambio de los medicamentos que cubrimos y la modificación de las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o del nivel de costos compartidos.

Revise la *Lista de medicamentos* para **confirmar que estarán cubiertos el próximo año** y para saber si existen restricciones o si su medicamento ha sido trasladado a otro nivel de costos compartidos.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se realizan a principios de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por Medicare o HHSC que lo afecten durante el año natural. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos lo siguiente:

- Trabajar con su médico (o con el profesional que haya emitido la receta) para encontrar otro medicamento que cubramos.
 - Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o comunicarse con su coordinador de servicios para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección.
 - Con esta lista, su proveedor puede encontrar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.
- Trabajar con su médico (o con el profesional que haya emitido la receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional).
 - Para saber qué debe hacer a fin de solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* o llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios. Consulte los **Capítulos 2 y 3** del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para saber más sobre cómo comunicarse con su coordinador de servicios.
- Pedirnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
 - Este suministro temporal puede ser de hasta 30 días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*).

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



- Si recibe un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para saber qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiarlo por otro medicamento que cubra nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos el medicamento actual.

Cambios importantes en nuestra lista de medicamentos (Formulario) para 2027

Nuestra lista de medicamentos puede cambiar de un año a otro. Algunos medicamentos pueden retirarse, trasladarse a otro nivel o tener nuevos requisitos o limitaciones, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad.

Si actualmente está tomando un medicamento que ya no estará cubierto de la misma manera en 2027, le proporcionaremos información sobre el cambio y las opciones disponibles. Los Miembros actuales que se vean afectados por ciertos cambios negativos en el formulario podrían recibir un suministro temporal del medicamento como transición, a fin de tener tiempo para trabajar con el profesional que lo haya recetado e identificar una alternativa cubierta que sea adecuada o solicitar una excepción al formulario, si es médicamente necesario.

¿Qué ocurre con las excepciones al formulario existentes?

Si goza de una excepción al formulario aprobada que se encuentra en vigor para el año 2026, revisaremos esa excepción para el año 2027. Si la excepción sigue cumpliendo con los requisitos del plan y sigue siendo clínicamente adecuada, la cobertura puede continuar durante el nuevo año del plan. En algunas situaciones, puede que necesite presentar una nueva solicitud de excepción para 2027. Si se requiere una nueva solicitud, le notificaremos y proporcionaremos información sobre cómo solicitar una excepción. También puede comunicarse con Servicios para Miembros si necesita asistencia adicional.

Nuevas sustituciones por versiones genéricas y biosimilares a partir de 2027

A partir de 2027, podremos eliminar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevas versiones genéricas o biosimilares del medicamento de marca o del producto biológico original en el mismo o menor nivel de costo compartido y con las mismas o menos normas. Además, al añadir una nueva versión, podremos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos, añadir nuevas normas o ambas cosas.

Por ejemplo, si toma un medicamento de marca o producto biológico que se va a reemplazar por una versión genérica o biosimilar, puede que no reciba un aviso del cambio con 30 días de antelación o antes de recibir un mes de suministro del medicamento o producto biológico. Podría recibir información sobre el cambio específico después de que ya se haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Algunos de estos tipos de fármacos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre biosimilares en:

www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients

También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en este documento o hablar con su proveedor de salud, médico o farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos

Como es elegible para STAR+PLUS, recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

Le enviamos un folleto aparte, llamado “Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)” o “Cláusula LIS”), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. Cuánto paga depende de su nivel de Ayuda Extra y de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o reponer la receta. Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Extra que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Estas son las dos etapas:

Etapas Etapas Etapas	Etapas Etapas Etapas
Etapas Etapas Etapas	Etapas Etapas Etapas

La etapa inicial de cobertura termina cuando el total de sus costos de bolsillo por medicamentos alcanza los \$2,400. En ese momento comienza la etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos sus gastos de medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Bajo el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa inicial de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

E3. Etapa 1: “etapa inicial de cobertura”

Durante la etapa inicial de cobertura, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende de qué nivel de costo compartido tiene el medicamento y de dónde lo consigue. Paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio más bajo.

Trasladamos algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos a un nivel más bajo o superior*. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búselos en nuestra *Lista de medicamentos*.

En la siguiente tabla se muestran sus costos por un suministro mensual en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros cinco niveles de medicamentos. Estos importes **solo** se aplican durante el periodo de la etapa inicial de cobertura.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferenciales o para surtir las recetas por correo, consulte el **Capítulo 6, Sección D**, del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 (Genéricos preferidos) Costo de un suministro mensual de un medicamento de Nivel 1 que se dispensa en una farmacia de la red	Usted paga \$0 del costo total o \$0/\$0*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos de Nivel 2 (Genéricos) Costo de un suministro mensual de un medicamento de Nivel 2 que se dispensa en una farmacia de la red	Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$33.57*	\$0
Medicamentos de Nivel 3 (De marca preferida) Costo de un suministro mensual de un medicamento de Nivel 3 que se dispensa en una farmacia de la red	Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$85.61*	\$0
Medicamentos de Nivel 4 (No preferidos) Costo de un suministro mensual de un medicamento de Nivel 4 que se dispensa en una farmacia de la red	Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$45.04*	\$0
Medicamentos de Nivel 5 (Especializados) Costo de un suministro mensual de un medicamento de Nivel 5 que se dispensa en una farmacia de la red	Usted paga el 25 % del costo total o \$0/\$557.15*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



La etapa inicial de cobertura termina cuando el total de sus costos de bolsillo alcanza **\$2,400**. En ese momento comienza la etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus gastos de medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos.

E4. Etapa 2: “etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de **\$2,400** de bolsillo por sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica y no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Permanece en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año natural.

Para obtener más información sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el **Capítulo 6**.

F. Cambios administrativos

Hay algunos cambios administrativos en nuestro plan para 2027. En la siguiente tabla se describen estos cambios y se indica la información que necesita saber.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cambio de nombre del plan	Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (HMO D-SNP)	Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)
Área de servicio del plan	Condado de Bexar y sus condados circundantes (Atascosa, Bandera, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson)	Solo residentes del condado de Bexar. Tenga en cuenta que los Miembros que actualmente estén en nuestro plan y que no residan en el condado de Bexar estarán inscritos en el plan Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP).
Inscripción en Medicaid	Este es un Plan Altamente Integrado de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (Highly Integrated Dual Eligible, HIDE). Los Miembros pueden seleccionar este plan de Medicare, pero pueden inscribirse en el plan Medicaid de otra aseguradora.	Este es un Plan Totalmente Integrado de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (Fully Integrated Dual Eligible, FIDE). Los Miembros que se inscriban automáticamente o seleccionen este plan quedarán inscritos automáticamente en nuestro plan STAR+PLUS.

G. Cómo elegir un plan

G1. Seguir en nuestro plan

Esperamos que desee seguir siendo Miembro de nuestro plan. De ser así, no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en un plan Medicare diferente o se pase a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan para 2027.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



Si decide seguir con nuestro plan, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo y no tendrá que hacer nada.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía en determinadas épocas del año. Como usted tiene STAR+PLUS, dispone de algunas opciones para terminar su suscripción a nuestro plan, en cualquier mes del año. Si decide cambiar su plan de Medicare por otro que ofrezca sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de STAR+PLUS en un mismo plan, su plan STAR+PLUS pasará a ser automáticamente el mismo plan que también ofrece los beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. Además, puede finalizar su suscripción a nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **periodo de inscripción abierta** es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mude fuera de nuestra zona de servicio,
- haya cambiado su elegibilidad para STAR+PLUS o Ayuda Extra, **o bien**,
- recientemente haya ingresado en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o esté recibiendo atención allí. Si acaba de salir de una institución, puede cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes de egreso.

Para obtener más información sobre cómo cambiar de plan, consulte la tabla a continuación.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que aparecen a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de**

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente termina su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a: Otro plan que ofrezca sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de STAR+PLUS en un solo plan. Si elige otro plan de Medicare que también ofrezca sus beneficios STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que ofrece sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. O bien: Puede inscribirse en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). PACE está disponible en los condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en PACE, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos los medicamentos con receta. Debe recibir todos los servicios médicos necesarios, incluida la atención primaria y los servicios médicos especializados (excepto servicios de emergencia), de la organización PACE o de una entidad autorizada por dicha organización. Para obtener más información sobre PACE, llame al Programa PACE de Texas al 1-512-487-3450.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas en su zona, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. O BIEN: Inscríbase en un plan que ofrezca sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de STAR+PLUS en un solo plan. Si se inscribe en un nuevo plan, será dado de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
---	--

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas en su zona, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. O BIEN: Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.
--	--

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan de medicamentos Medicare por separado si tiene una razón válida para cancelar la suscripción Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no quiere unirse. Solo debería cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o un sindicato. En caso de no saber con seguridad si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas en su zona, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas en su zona, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.
---	--

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



4. Puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el periodo de inscripción abierta y el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage, u otras situaciones descritas en la Sección G2. Si elige otro plan de Medicare que también ofrezca sus beneficios STAR+PLUS en determinadas épocas del año, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que ofrece sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original durante determinadas épocas del año, su plan STAR+PLUS permanecerá igual. En esta situación, si quiere cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripciones de Texas al 800-964-2777, de 8 a. m. a 6 p. m. hora central estándar, de lunes a viernes.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-512-487-3450. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas en su zona, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. O BIEN: Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Si elige otro plan de Medicare que también ofrezca sus beneficios STAR+PLUS, no tiene que hacer nada para que su plan
---	---

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



	STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan de Medicare. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, entonces su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. Si quiere cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripciones de Texas al 800-964-2777, de 8 a. m. a 6 p. m. hora central estándar, de lunes a viernes.
--	---

Sus servicios STAR+PLUS

Para preguntas sobre cómo obtener sus servicios STAR+PLUS después de salir de nuestro plan, llame al Agente de Inscripciones de Texas al 800-964-2777, de 8 a. m. a 6 p. m. hora central estándar, de lunes a viernes. Pregunte cómo se ve afectada su cobertura de STAR+PLUS si ingresa en otro plan o vuelve a Medicare Original.

H. Si necesita ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea el *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*

El *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Incluye detalles sobre los beneficios y costos para 2027. Contiene la explicación de sus derechos y las normas que se deben seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para 2027 estará disponible antes del 15 de octubre. También puede consultar el Manual del Miembro que se envía por correo por separado (*Evidencia de cobertura*) para saber si lo afectan otros cambios en los beneficios o costos. Puede encontrar una copia actualizada del *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)*

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



disponible en nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del Miembro (Evidencia de cobertura)* para 2027.

Nuestra página web

Puede visitar nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. Como recordatorio, nuestra página web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*.

H2. Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas

También puede llamar al programa estatal de seguro médico (SHIP). En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Información Sanitaria (HICAP) de Texas. El HICAP cuenta con asesores capacitados que pueden ayudarlo a entender sus opciones en materia de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud, y los servicios de HICAP son gratuitos.

Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su zona, llame al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central estándar, o visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

H3. Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS)

La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS ayuda a los Miembros de STAR+PLUS a responder preguntas y presentar quejas sobre los servicios STAR+PLUS, por ejemplo, servicios de enfermería, modificaciones menores en el hogar y ayudas adaptativas.

- Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos.
- Pueden proporcionarle respuestas a sus preguntas si tiene algún problema o queja sobre los servicios STAR+PLUS, además de ayudarlo a entender qué hacer.
- La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS puede ayudarlo a presentar una queja y a entender sus derechos en lo que respecta a presentar apelaciones ante nuestro plan en relación con los servicios STAR+PLUS. Allí pueden ayudarlo si tiene un problema con STAR+PLUS.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



- En la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS trabajan para que usted disponga de información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver las preocupaciones relacionadas con los servicios STAR+PLUS.
- La Oficina del Defensor del Pueblo de HHS no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono de la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS es 1-866-566-8989.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide darse de baja de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, la página web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su zona utilizando Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en la página web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” [Encontrar planes].)

Medicare & You 2027

Puede leer el manual *Medicare & You 2027* (Medicare y Usted 2027). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia, puede obtenerla en la web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



H5. STAR+PLUS

Puede visitar la página web de STAR+PLUS para obtener información general sobre los beneficios y servicios que ofrece el programa, www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus.

Si decide darse de baja de nuestro plan STAR+PLUS y necesita más información sobre cómo unirse a otro plan o si volver a Medicare Original afecta cómo obtiene sus servicios de Medicaid, llame al agente de inscripciones de Texas al 800-964-2777, de 8 a. m. a 6 p. m. hora central, de lunes a viernes.

H6 El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarlo a gestionar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del año natural (de enero a diciembre) como pagos mensuales. 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 utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir participando en 2027. Esta opción de pago puede ayudarlo a gestionar sus gastos, pero no representa un ahorro de dinero ni una reducción del costo total de bolsillo por sus medicamentos.

La “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare y la ayuda del Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) de Texas y del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para quienes cumplen los requisitos, son opciones más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, contáctenos al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite www.Medicare.gov.

Declaración de divulgación de la PRA

Según la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommunityFirstMedicare.com.



A partir de enero de 2027

Anexo a la Evidencia de Cobertura
para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta
(también denominada Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS)

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

Como Miembro de nuestro Plan, recibirá la misma cobertura que una persona que no recibe Ayuda Adicional. Su membresía en nuestro Plan no se verá afectada por la Ayuda Adicional. Esto también significa que debe seguir todas las normas y procedimientos descritos en la Evidencia de Cobertura.

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

La prima mensual de su plan es	Su deducible anual es	Su monto de costo compartido para medicamentos genéricos o de múltiples fuentes preferidos no es mayor de	Su monto de costo compartido para todos los demás medicamentos no es mayor de
\$0*	\$0	\$0/\$1.60/\$4.90 (each prescription)	\$0/\$4.80/\$12.15 (each prescription)

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

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

Una vez que la cantidad combinada que usted y Medicare pagan (a través de la Ayuda Adicional) alcance \$2,400 en un año, su(s) copago(s) se reducirá(n) a \$0 por cada medicamento(s) recetado(s) de la Parte D cubiertos.

Medicare o el Seguro Social revisarán periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que continúa calificando para recibir Ayuda Adicional con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para la Ayuda Adicional podría cambiar si hay cambios en sus ingresos o recursos, si se casa o deja de estar casado(a), o si pierde Medicaid.

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

Atentamente,

Community First Health Plans
 Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)