

ALAMO (HMO)

RESUMEN DE BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN DE SU PLAN

Community First
Medicare Advantage Alamo
(HMO) H5447-001

Mire adentro para aprovechar los beneficios, servicios y la cobertura de medicamentos que ofrece su plan.

Llame a Servicios para Miembros o visítenos en línea para obtener más información.

Local 210-358-6386 • número gratuito 1-833-434-2347

**Los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche.
(1 de octubre al 31 de marzo)**

**De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche.
(1 de abril al 30 de septiembre)**

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre

TTY 711

24 horas al día, 7 días de la semana

Sirviendo a los residentes del condado de Bexar.

MedicareAlamo.com

Resumen de beneficios del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

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

Información sobre este plan

Community First es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. Para inscribirse en el **Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir dentro de nuestra área de servicio que se detalla a continuación y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Texas: Bexar.

Proveedores y farmacias de la red de Community First

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

Visite nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) para buscar un proveedor o farmacia de la red de Community First utilizando el directorio en línea de Medicare Advantage. También puede ver la lista de medicamentos del plan (llamada el Formulario) para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Primas y beneficios	Dentro de la red
Prima mensual del plan	No hay una prima mensual para este plan.
Deducible anual - Parte C (Médico)	No hay deducible de salud para este plan.
Deducible anual - Parte D (Medicamentos)	Hay un deducible anual de \$700 para los medicamentos.
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$9,850 anuales por servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro de la red.

Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Beneficios	Dentro de la red
*Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$175 copago
*Hospitalización	\$255 copago por día, para los días 1 al 6 \$0 copago por día para los días 7 al 90
Hospital ambulatorio *Servicios hospitalarios ambulatorios *Cirugía en hospital ambulatorio Observación en hospital ambulatorio Servicios del programa ambulatorio intensivo	\$175 copago \$175 copago \$175 copago por día si permanece en observación en un centro ambulatorio. \$90 copago si permanece en observación después de una visita a la sala de emergencias. \$45 copago
Visita al médico Primario Especialistas	\$0 copago por cada visita al consultorio médico \$15 copago por visita

Beneficios	Dentro de la red
Cuidado preventivo Servicios cubiertos por Medicare	\$0 copago: • Detección de aneurisma de la aorta abdominal • Consejería sobre el uso indebido del alcohol • Medición de la masa ósea • Detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Detección cardiovascular • Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Detección de depresión • Detección y seguimiento de la diabetes • Detección de hepatitis C • Detección de VIH • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) • Servicios de terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Detección de obesidad y asesoramiento • Exámenes físicos (examen inicial y visita de bienestar anual) • Detección de cáncer de próstata (PSA) • Detección y consejería de infecciones de transmisión sexual • Consejería para dejar de consumir tabaco (consejería para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y el COVID-19 • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) Cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año está cubierto. Este plan cubre exámenes de atención preventiva y exámenes físicos anuales al 100% cuando utiliza uno de nuestros proveedores dentro de la red.
Examen físico de rutina	\$0 copago (1 examen físico por año)
Atención de emergencia	\$90 copago por visita
Servicios urgentes necesarios	\$25 copago por visita

Beneficios	Dentro de la red
Pruebas diagnósticas, laboratorio y servicios de radiología y rayos X *Radiología diagnóstica general ambulatoria *Radiología diagnóstica compleja ambulatoria *Servicios de laboratorio ambulatorios *Pruebas y procedimientos diagnósticos ambulatorios *Radiología terapéutica *Rayos X ambulatorios	\$0 copago \$150 copago \$0 copago \$0 copago \$50 copago \$0 copago
Servicios de audición Prueba de audición de rutina/ Evaluación de audífonos Examen de audición Audífonos recetados	\$0 copago (1 por año) \$0 copago \$0 copago (\$2,000 límite de beneficios por año)
Servicios dentales de rutina Atención preventiva Atención integral Límite de beneficios	\$0 copago por exámenes orales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías dentales \$0 copago por atención no rutinaria, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones y prostodoncia/cirugía oral/otros servicios \$1,000 en todos los servicios dentales cubiertos cada año
Servicios de visión Exámenes de la vista de rutina Exámenes de la vista para tratar afecciones oculares Anteojos	\$0 copago (1 por año) \$0 copago \$200 límite de beneficios por año
Salud mental *Atención hospitalaria *Sesiones en grupos *Sesiones individuales	\$255 copago por día, para los días 1 al 6 \$0 copago por día, para los días 7 al 90 \$15 copago \$15 copago
*Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 copago por día, para los días del 1 al 20 \$221 copago por día, para los días 21 al 100 El plan cubre hasta 100 días en un SNF

Beneficios	Dentro de la red
*Visitas de fisioterapia y terapia del habla/ lenguaje *Rehabilitación cardíaca *Rehabilitación cardíaca intensiva *Rehabilitación pulmonar *Servicios de fisioterapia y terapia del habla Centro de rehabilitación integral ambulatorio	\$30 copago por visita \$35 copago por visita \$15 copago por visita \$25 copago por visita \$30 copago por servicio
*Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	\$250 copago por traslado 20% coseguro por traslado Se requiere autorización previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia
*Medicamentos de la Parte B de Medicare **Medicamentos de quimioterapia **Otros medicamentos de la Parte B	20% coseguro 20% coseguro

*Requiere una autorización previa del plan

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

Medicamentos con receta médica

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

Cambio en los beneficios de la Parte D de 2027: La etapa de brecha de cobertura se ha eliminado. Ahora tendrá 3 etapas de pago de medicamentos: deducible, cobertura inicial y catastrófico. El gasto anual de bolsillo ahora es de **\$2,400**. Esto significa que está más protegido de los altos costos de los medicamentos.

Etapas:		\$0 por año para los niveles 1 y nivel 2, y \$700 por año para los medicamentos recetados de la Parte D de nivel 3, nivel 4 y nivel 5.					
Etapas:		Venta al por menor			Orden por correo		
Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si corresponde)		Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos		\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos		\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas		25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 4: Medicamentos no preferidos		25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 5: Nivel de especialidad		25% coseguro	N/A	N/A	25% coseguro	N/A	N/A
Etapas:		Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$2,400 , el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.					
Cobertura catastrófica							

Beneficios adicionales

Beneficios adicionales	Dentro de la red
Servicios quiroprácticos	\$15 copago
Manejo de la diabetes	
Suministros para el control de la diabetes	\$0 coseguro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 copago
Capacitación en nutrición para la diabetes	\$0 por servicio
Cuidado del pie diabético	20% coseguro
*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
***Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% coseguro
***Prótesis	20% coseguro
Programa de acondicionamiento físico	
Membresía de YMCA	\$0 cuota de membresía
Servicios de podiatría	
Otros servicios de podiatría cubiertos por Medicare	\$30 copago
*Atención médica en el hogar	\$0 copago por visita
Hospicio	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de cualquier hospicio aprobado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y la atención de relevo. El hospicio está cubierto por el Medicare Original, fuera de este plan
*Beneficio de alimentos	\$0 copago (Hasta 60 comidas proporcionadas después de una admisión como paciente hospitalizado)
*Transporte médico que no es de emergencia	10 traslados médicos de ida que no son de emergencia cada año calendario
*Visita de terapia ocupacional	\$30 copago
Servicios de tratamiento de opioides	\$0 copago

Beneficios adicionales	Dentro de la red
Servicios ambulatorios por consumo de sustancias Sesiones grupales ambulatorias Sesiones individuales ambulatorias	\$30 copago por visita \$30 copago por visita
Beneficio para productos de venta libre	Tarjeta de pago precargada con \$15. La tarjeta se recarga cada trimestre y el saldo no utilizado se acumula. Todos los fondos deben utilizarse antes de que finalice el año del plan (31 de diciembre).
Sistema personal de alerta para emergencias (PERS)	\$0 copago
Diálisis renal	20% de coseguro
Visitas de telesalud	Si recibe servicios de telesalud de un proveedor de la red, pagará los costos compartidos correspondientes a esos proveedores, según se indica en la Evidencia de Cobertura. Por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (PCP), pagará el costo compartido correspondiente a su PCP.

*Requiere una autorización previa del plan

***Requiere una autorización previa para la compra o el costo de alquiler acumulado > \$1,000

Información requerida

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

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

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos asociados del Medicare Original, revise su manual actualizado "Medicare y usted". Consulte el manual "Medicare y usted" en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtenga una copia enviada llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número del departamento de Servicios para

Miembros que aparece en la primera página de este documento.

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

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

Birdi es la farmacia de pedidos por correo recomendada para Community First Health Plans, Inc. No es necesario usar Birdi para un suministro de su(s) medicamento(s) de mantenimiento. El primer pedido requerirá el registro en el sitio en línea de Birdi disponible en BirdiRx.com/Mail-order/How-it-works. Los medicamentos se envían dentro de dos semanas. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo comenzar, llame al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la tarde, hora del este y los sábados de 9 de la mañana a 5 de la tarde, hora del este.

La participación en el programa de acondicionamiento físico del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) es voluntaria. Consulte a su PCP antes de comenzar un programa de ejercicios o hacer cambios en su estilo de vida o rutina de atención médica. El programa de acondicionamiento físico del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) incluye la membresía para acondicionamiento físico estándar. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según la ubicación.

Información requerida, continuación

Lista de verificación de inscripción

Antes de tomar su decisión de inscripción, es importante que revise y comprenda completamente los beneficios y las reglas de Community First Health Plans. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al número que aparece en la primera página de este documento.

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC) del plan, especialmente para los servicios por los que suele consultar a un médico. Llame a Community First Health Plans o vaya en línea para ver una copia del EOC. Nuestro número de teléfono y sitio en línea se enlistan en la primera página de este documento.
- Revise y explore el directorio de proveedores (o pregunte a su PCP) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora pertenezcan a la red de proveedores de Community First Health Plans. Si no están en la lista, significa que lo más probable es que tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red de farmacias. Si la farmacia que elija no aparece en la lista, lo más probable es que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B. Esta prima normalmente se retira de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Asegúrese de revisar los cambios del plan anualmente.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, Community First Health Plans no cubre los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

Community First Health Plans, Inc. es una HMO/HMO SNP con contrato con Medicare y la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa sus planes bajo los nombres Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), Plan Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) y Plan Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

2027

RESUMEN DE BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN DE SU PLAN

Community First
Medicare Advantage Alamo
(HMO) H5447-001



12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
MedicareAlamo.com