

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Esta información de beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) en [blueshieldca.com/MAPDdocuments2022](https://www.blueshieldca.com/MAPDdocuments2022) o llame a Atención al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre.**

Blue Shield TotalDual Plan incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la conveniencia de tener cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield TotalDual Plan**, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, ser elegible para Medi-Cal (Medicaid) y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye los condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino y San Diego.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el folleto "**Medicare & You**" (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en <http://www.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, cualquier día de la semana, para pedir una copia. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El Directorio de Proveedores de nuestro plan está en nuestro sitio web [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://www.blueshieldca.com/find-a-doctor).

El Directorio de Farmacias de nuestro plan está en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://www.blueshieldca.com/medpharmacy2022).

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web [blueshieldca.com/medformulary2022](https://www.blueshieldca.com/medformulary2022).

Resumen de Beneficios

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Prima mensual del plan	\$33.20	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible	\$0	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$6,700	No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Esta es la cantidad máxima que pagaría durante el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare dentro de la red.
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$1,484 de deducible por cada período de beneficios Días del 1 al 60: \$0 de coseguro Días del 61 al 90: \$371 de coseguro por día Días del 91 al 150: \$742 de coseguro por cada día de reserva de por vida después del día 90 (hasta 60 días en toda su vida)	Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	20% de coseguro por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios o una sala de emergencias \$0 de copago por servicios de observación	Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Cirugía para pacientes ambulatorios	20% de coseguro por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio y a un hospital para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico • Médico de atención primaria • Especialistas	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.
Atención preventiva	\$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Atención de emergencia	20% de coseguro Sin límite anual combinado por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.	Este copago no se aplica para la atención de emergencia y la cobertura mundial de emergencias si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios urgentemente necesarios	20% de coseguro Sin límite anual combinado por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.	Este copago no se aplica para la atención de emergencia y la cobertura mundial de emergencias si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes	<ul style="list-style-type: none"> 20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico \$0 de copago 20% de coseguro 20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica 	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por los servicios de radiología terapéutica, pero nunca pagará más de la cantidad máxima total de gastos de bolsillo de \$6,700 por año.</p>
Servicios de audición	<ul style="list-style-type: none"> 20% de coseguro por visita \$0 de copago 	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.</p> <p>Las pruebas de audición de rutina están limitadas a una prueba por año.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Servicios de audición (cont.) <ul style="list-style-type: none"> Audífonos 		Nuestro plan paga hasta \$2,000 por año por 2 audífonos, su colocación y la prueba (entre los dos oídos) cuando se obtienen de un proveedor de la red.
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> Profilaxis (limpieza) Radiografías dentales Tratamiento con fluoruro Examen bucodental 	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	Una visita cada 6 meses. Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses. Dos visitas cada 12 meses para el tratamiento con fluoruro.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos Examen de la vista de rutina y refracción Anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto 	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago por visita \$0 de copago	Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos. Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red. Nuestro plan paga hasta \$300 cada 12 meses por anteojos (armazones y lentes) o por lentes de contacto cuando se obtienen de un proveedor de la red.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Atención de la salud mental para pacientes internados Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$1,484 de deducible por cada período de beneficios Días del 1 al 60: \$0 de coseguro Días del 61 al 90: \$371 de coseguro por día Días del 91 al 150: \$742 de coseguro por cada día de reserva de por vida después del día 90 (hasta 60 días en toda su vida) 20% de coseguro por visita 20% de coseguro por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental. 150 días por período de beneficios, hasta el límite de 190 días. Un período de beneficios empieza el día en que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Servicios de salud mental (cont.)		Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 \$185.50 de copago por día para los días del 21 al 100	Es posible que necesite una referencia de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada. 100 días por período de beneficios; no necesita hospitalización previa si va a un proveedor de la red. Un período de beneficios empieza el día en que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios. Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje	20% de coseguro por visita 20% de coseguro por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.
Ambulancia	20% de coseguro por viaje en una sola dirección	
Transporte	\$0 de copago	Sin límite de viajes en una sola dirección cada 12 meses a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia/radioterapia y otros medicamentos de la Parte B	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Examen físico anual	\$0 de copago	Uno cada 12 meses.
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides	\$0 de copago	
Servicios de telesalud adicionales	\$0 de copago	Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos, y también pueden recetar ciertos medicamentos.
Atención de los pies (servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes y tratamiento de los pies Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare) 	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.
Servicios y suministros para la diabetes <ul style="list-style-type: none"> Medidores de azúcar en la sangre Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes 	\$0 de copago por los medidores de azúcar en la sangre FreeStyle® y 20% de coseguro por los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante \$0 de copago por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y suministros para la diabetes. Es posible que necesite autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos, los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 	20% de coseguro	Es posible que necesite una referencia de su médico para los DME y los suministros relacionados. Es posible que necesite autorización previa del plan para los DME. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Prótesis y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) • Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.) 	<p>20% de coseguro</p> <p>20% de coseguro</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.</p>
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers • NurseHelp 24/7SM (apoyo por teléfono y por Internet) • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alerta médica las 24 horas, todos los días) 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	<p>Tiene una asignación de \$200 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.</p>	<p>Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir la asignación que no haya usado al trimestre siguiente. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de OTC para obtener más información.</p>
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Límite de 24 visitas por año.</p>
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Límite de 24 visitas por año.</p>

Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D			
Etapas 1: Etapas de deducible anual	Usted paga \$480 (excepto para el Nivel 1).		
Etapas 2: Etapas de cobertura inicial	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)[^]		
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 100 días^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	25% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

[^] Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red. Hay situaciones limitadas en las que tal vez puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red.

Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan.

* También se aplican los costos compartidos por suministros para 90 y 100 días si se usa la farmacia de servicio por correo de Blue Shield.

NDS Para ciertos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 o 100 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
Condados de Los Ángeles, Orange,
San Bernardino y San Diego

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura	Cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios después de que los costos anuales totales por medicamentos que usted y Blue Shield hayan pagado alcancen los \$4,430, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,050.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) está cubierto según los copagos que se indican arriba. Para los medicamentos de todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del precio por los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo por medicamentos en lo que va del año alcancen un total de \$7,050, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, consulte el formulario del plan.
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos obtenidos a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$7,050, debe pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): <ul style="list-style-type: none">• el 5% del costo, o• \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. (Esta etapa lo protege de tener que pagar cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

Farmacia de servicio por correo

CVS Caremark es nuestra farmacia de servicio por correo de la red, donde puede obtener un suministro para 90 o 100 días de medicamentos de mantenimiento a un costo más bajo. Recibirá sus medicamentos en su casa o en su oficina sin cargos de envío. Regístrese en [caremark.com](https://www.caremark.com) o llame al (866) 346-7200 [TTY: 711].

Los medicamentos del Nivel 5 están limitados a un suministro para 30 días a través del servicio por correo.

Cuadro de beneficios cubiertos por Medi-Cal

Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. La cantidad que cubre Medi-Cal depende de sus ingresos, recursos y otros factores.

Solo puede obtener acceso a todos los beneficios de Medi-Cal que están en la lista si se encuentra en una de estas categorías de Medi-Cal:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+, por sus siglas en inglés):** Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medi-Cal, y Medi-Cal paga las cantidades de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B. Lo único que usted paga son los copagos por medicamentos recetados de la Parte D.
- **Beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés):** Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medi-Cal, y Medi-Cal paga su prima de la Parte B. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal, su costo compartido es \$0. Podría haber situaciones en las que Medi-Cal no cubra un servicio o beneficio; en ese caso, tendrá que pagar una parte del costo.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE, por sus siglas en inglés):** Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medi-Cal, y Medi-Cal puede brindar ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal, su costo compartido es \$0. Podría haber situaciones en las que Medi-Cal no cubra un servicio o beneficio; en ese caso, tendrá que pagar una parte del costo.
- Si su categoría de elegibilidad para Medi-Cal cambia, es posible que también cambien su costo compartido y el acceso a los servicios que se indican abajo. Debe volver a certificar su inscripción en Medi-Cal cada año para seguir inscrito en nuestro plan.

Los siguientes servicios están cubiertos por su plan de atención administrada de Medi-Cal o el pago por servicio de Medi-Cal. Cuando los servicios están cubiertos tanto por Medi-Cal como por Blue Shield TotalDual Plan, Blue Shield pagará primero y Medi-Cal pagará en segundo lugar. Blue Shield trabajará con su aseguradora de Medi-Cal para coordinar el acceso a toda la gama de beneficios que tiene con la doble elegibilidad, pero Blue Shield no será responsable de autorizar, referir ni reembolsar los servicios cubiertos por Medi-Cal que se indican abajo.

Es posible que los siguientes beneficios estén sujetos a exclusiones o limitaciones. Para obtener más detalles sobre los servicios cubiertos por Medi-Cal, comuníquese con su plan de atención administrada de Medi-Cal o con la oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) del Department of Health Care Services (Departamento de Servicios de Atención de la Salud) al (888) 452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (excepto feriados).

Beneficio/Servicio	Medi-Cal	Plan Blue Shield TotalDual o Inspire (HMO D-SNP)
Acupuntura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de ambulancia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de anestesiología	Con cobertura	Con cobertura
Sangre y derivados de la sangre	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de quiropráctica	Con cobertura	Con cobertura
Diálisis y hemodiálisis crónica	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio/Servicio	Medi-Cal	Plan Blue Shield TotalDual o Inspire (HMO D-SNP)
Servicios comunitarios para adultos	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura
Programa para la Prevención de la Diabetes	Con cobertura	Con cobertura
Equipos médicos duraderos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios urgentes y de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Administración de casos mejorada	Con cobertura	Con cobertura
Anteojos y lentes de contacto	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de un centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus siglas en inglés)	Con cobertura	Con cobertura
Audífonos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de exención comunitarios y en el hogar	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de una agencia de atención de la salud en el hogar	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de un auxiliar de la salud en el hogar	Con cobertura	Con cobertura
Cuidados para pacientes terminales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Medicamentos para el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud para indígenas	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de apoyo en el hogar (IHSS, por sus siglas en inglés)	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de atención intermedia	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de radiología, radioisótopos y laboratorio	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de una partera autorizada	Con cobertura	Con cobertura
Atención a largo plazo	Con cobertura	Sin cobertura
Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (MSSP, por sus siglas en inglés)	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de un centro de enfermería	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de optometría	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de trasplante de órganos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de una clínica para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de desintoxicación para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Artículos de venta sin receta (OTC)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios farmacéuticos y de medicamentos recetados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de médicos y especialistas	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio/Servicio	Medi-Cal	Plan Blue Shield TotalDual o Inspire (HMO D-SNP)
Servicios de podología	Con cobertura	Con cobertura
Dispositivos protésicos y ortóticos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia física, ocupacional, del habla y de la audición	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de un centro de rehabilitación	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de una clínica de salud rural	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de un centro de enfermería especializada	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud mental especializados	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de transporte	Con cobertura	Con cobertura
Atención virtual	Con cobertura	Con cobertura

Estamos aquí para ayudarlo

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.

Blue Shield of California es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) y un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del Estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

SilverSneakers y el logotipo de la zapatilla de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield TotalDual Plan y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas comerciales registradas de la BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。