

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condados de Orange y San Bernardino

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y San Bernardino

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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, vea la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)** en blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 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. **Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2022.**

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

Para inscribirse en **Blue Shield TotalDual Plan**, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye los condados de Orange y San Bernardino.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el folleto "**Medicare & You**" (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en 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.

El Directorio de Farmacias de nuestro plan está en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2023.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2023.

Resumen de Beneficios

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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. Si usted tiene la cobertura completa del subsidio por bajos ingresos de Medicare, Medi-Cal y la Parte D, también conocido como "Ayuda Adicional", su prima mensual del plan y sus coseguros estarán cubiertos. Los únicos costos que deberá pagar por los servicios cubiertos serán los copagos de \$0 a \$10.35 por los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en su Lista de Medicamentos Cubiertos de Blue Shield TotalDual Plan.

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$38.90	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde. Si recibe el subsidio por bajos ingresos de la Parte D ("Ayuda Adicional"), su prima será de \$0.
Deducible	\$0	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$8,300	No incluye los 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. Si es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar la cantidad máxima de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$1,556 de deducible por período de beneficios Días del 1 al 60: \$0 por día de cada período de beneficios Días del 61 al 90: \$389 por día de cada período de beneficios Días del 91 al 150: \$778 por día de cada período de beneficios	Estas cantidades de costo compartido son para el 2022 y pueden cambiar para el 2023. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que no reciba ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF).

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Servicios brindados en un departamento de emergencias o en 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 <ul style="list-style-type: none"> 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.
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 coseguro no se aplica si lo admiten 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 coseguro no se aplica si lo admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones [MRI, CT y PET, por sus siglas en inglés], etc.) • Servicios de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer) • Servicios y suministros médicos relacionados con la sangre 	<p>20 % de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20 % de coseguro</p> <p>20 % de coseguro</p> <p>20 % de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica</p> <p>20 % de coseguro</p>	<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 \$8,300 por año.</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de audición (cubierta por Medicare) • Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare) • Audífonos 	<p>20 % de coseguro por visita</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<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> <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 por año por 2 audífonos, su colocación y la prueba (entre los dos oídos).</p>
<p>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con fluoruro • Examen bucodental 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Dos visitas por año calendario.</p> <p>Dos visitas por año calendario para el tratamiento con fluoruro.</p> <p>Un examen cada tres años calendario, por proveedor o por lugar, para el examen bucodental.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
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 (no cubierto por Medicare) y refracción Anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto 	<p>20 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$295 cada 12 meses por anteojos (armazones y lentes) o por lentes de contacto cuando se obtienen de un proveedor de la red.</p>
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 	<p>\$1,556 de deducible por período de beneficios</p> <p>Días del 1 al 60: \$0 por día de cada período de beneficios</p> <p>Días del 61 al 90: \$389 por día de cada período de beneficios</p> <p>Días del 91 al 150: \$778 por día de cada período de beneficios</p> <p>20 % de coseguro por visita</p> <p>20 % de coseguro por visita</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.</p> <p>Estas cantidades de costo compartido son para el 2022 y pueden cambiar para el 2023. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Tiene cobertura para 150 días por período de beneficios, hasta el límite de 190 días que se aplica a todo el tiempo que dure la membresía. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten 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.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
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 \$194.50 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. Estas cantidades de costo compartido son para el 2022 y pueden cambiar para el 2023. Blue Shield TotalDual Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos; no necesita una hospitalización previa si va a un proveedor de la red.
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 por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20 % de coseguro	Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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 algunos 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	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 los suministros para la diabetes. Es posible que necesite una autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos, los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas. Vea la EOC del plan para obtener más información.
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 una autorización previa del plan para los DME. Vea la EOC del plan para obtener más información.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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 alertas médicas 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. Vea el catálogo de artículos OTC para obtener más información.</p>
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Límite de 12 visitas por año.</p>
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Límite de 12 visitas por año.</p>

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Cliente si necesita más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las insulinas: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.

Cobertura de medicamentos recetados

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D			
Etapas 1: Etapas de deducible anual	Usted paga \$505 (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 pueda 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, vea 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 algunos 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 Orange y San Bernardino

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 \$4,660, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,400.	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 \$7,400, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, vea el formulario del plan.
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$7,400, deberá pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor):</p> <ul style="list-style-type: none">• el 5 % del costo, o• \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos. <p>(Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).</p>	

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 por un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo de envío por correo estándar. Después de inscribirse en su plan de Medicare de Blue Shield, puede iniciar sesión en su cuenta de miembro de Blue Shield of California en blueshieldca.com/login.

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

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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, sus recursos y otros factores.

Solo puede obtener acceso a todos los beneficios de Medi-Cal de la lista si está 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 de \$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 de \$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 variedad 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 haya exclusiones y/o limitaciones para los siguientes beneficios. Para obtener más detalles sobre los servicios cubiertos por Medi-Cal, llame a su plan de atención administrada de Medi-Cal o a 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).

Beneficios cubiertos por Medi-Cal

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

(cont.)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Beneficio/Servicio	Medi-Cal	Blue Shield TotalDual
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
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 radioisótopos, radiología y laboratorio	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de una partera con licencia	Con cobertura	Con cobertura
Atención a largo plazo	Con cobertura	Sin cobertura

Beneficios cubiertos por Medi-Cal

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

(cont.)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Beneficio/Servicio	Medi-Cal	Blue Shield TotalDual
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
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 ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

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.

Los beneficios que se nombran forman parte de los beneficios suplementarios especiales que están disponibles en algunos planes. No todos los miembros del plan calificarán. Vea la Evidencia de Cobertura para obtener detalles y conocer los requisitos de elegibilidad.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 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.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。