



---

# Resumen de Beneficios para el año 2024

## Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Plan de medicamentos recetados Medicare Advantage  
para los condados de Orange y San Bernardino

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

H2819\_23\_368C\_003\_M\_SP Approved 09062023

# Resumen de Beneficios para el año 2024

## Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

### Condados de Orange y San Bernardino

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) o llame a Servicio al Cliente al **(800) 452-4413 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

**Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web a más tardar el 15 de octubre de 2023.**

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

Para inscribirse en **Blue Shield TotalDual Plan**, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar en el país de manera legal, y ser elegible para Medicare y Medi-Cal (Medicaid). **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](https://www.medicare.gov) o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días 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/medicare/providerdirectory](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory).

El **Directorio de Farmacias** de nuestro plan está en nuestro sitio web: [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024).

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web [blueshieldca.com/medformulary2024](https://blueshieldca.com/medformulary2024).

# Resumen de Beneficios

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
<b>Deducible del plan de salud</b>	\$0	
<b>Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo</b>	\$8,850	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.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	\$0	<b>Es posible que necesite una autorización previa y una referencia de su médico para la atención hospitalaria para pacientes internados.</b> Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital de la red.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> • Servicios brindados en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios o una sala de emergencias \$0 de copago por los servicios de observación	<b>Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y los servicios de observación.</b> 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.
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio y un hospital para pacientes ambulatorios	<b>Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico.</b>

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria</li> <li>• Especialistas</li> </ul>	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.</b>
<b>Atención preventiva</b>	\$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
<b>Atención de emergencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura mundial</li> </ul>	\$0 de copago por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare 20 % de coseguro por la cobertura mundial de emergencias (no se aplica si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día) Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	
<b>Servicios urgentemente necesarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura mundial</li> </ul>	\$0 de copago por los servicios urgentemente necesarios 20 % de coseguro por la cobertura mundial de urgencias (no se aplica si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día) Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones [MRI, CT y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés], etc.)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer)</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</b></p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de audición (cubierta por Medicare)</li> <li>• Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare)</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p>Recibirá un reembolso de hasta \$2,000 por año por dos audífonos, su colocación y las dos pruebas.</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</b></p> <p>Cubre los dos oídos; los costos por los audífonos no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.</p>
<p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>\$0 de copago por visita si se los brinda su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un especialista</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico.</b></p>

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Tratamiento con fluoruro</li> <li>• Examen bucodental</li> </ul>	<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.</p> <p>Un examen cada tres años calendario, por proveedor o por lugar, para el examen bucodental.</p>
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos</li>   <li>• Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) y refracción</li>   <li>• Armazones para anteojos</li>   <li>• Lentes para anteojos o lentes de contacto</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</b></p> <p>Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red.</p> <p>Nuestro plan paga un par de armazones para anteojos (de un precio regular al por menor de hasta \$350) cada 24 meses cuando se obtiene de un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño) O lentes de contacto (de hasta \$350 por los materiales y el servicio para lentes de contacto) cada 12 meses cuando se obtienen de un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p>

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</li> <li>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$0 de copago por estadía cubierta por Medicare para los días del 1 al 150  \$0 de copago  \$0 de copago	<b>Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su médico para los servicios de salud mental.</b>  Si supera el límite de 150 días, deberá pagar todos los costos. Vea la EOC del plan para obtener más información.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	\$0 de copago por día para los días del 1 al 100	<b>Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada.</b>  Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos.  No necesita una hospitalización previa si visita un proveedor de la red.
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Terapia física</li> <li>• Terapia del habla y del lenguaje</li> </ul>	\$0 de copago por visita  \$0 de copago por visita  \$0 de copago por visita	<b>Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico para los servicios de rehabilitación.</b>
<b>Servicios de ambulancia</b>	\$0 de copago por viaje en una sola dirección	
<b>Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)</b>	\$0 de copago	Se limita a 48 viajes en una sola dirección cada 12 meses a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b>	\$0 de copago	Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.  La insulina que se obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debe superar un copago de \$35 por un suministro para un mes.

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

## Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Examen físico anual</b>	\$0 de copago	Uno cada 12 meses.
<b>Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides</b>	\$0 de copago	<b>Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico para los servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides.</b>
<b>Servicios de telesalud adicionales</b>	\$0 de copago	Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos, y también pueden recetar algunos medicamentos.
<b>Atención de los pies (servicios de podología)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes y tratamiento de los pies</li> <li>Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare)</li> </ul>	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago por cada visita de rutina (no cubierta por Medicare)	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies cubiertos por Medicare.</b>
<b>Servicios y suministros para la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medidores de azúcar en la sangre</li> <li>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</li> </ul>	\$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 autorización previa del plan para los servicios y suministros para la diabetes (incluidos los medidores de azúcar en la sangre). Vea la EOC del plan para obtener más información.
<b>Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li> </ul>	\$0 de copago	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 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
<b>Prótesis y suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)</li> <li>• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.)</li> </ul>	\$0 de copago  \$0 de copago	<b>Es posible que necesite una autorización previa de su médico para las prótesis y los suministros médicos.</b>
<b>Programas de salud y bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers</li> <li>• NurseHelp 24/7<sup>SM</sup> (ayuda por teléfono y por Internet)</li> <li>• Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alertas médicas las 24 horas, los 7 días de la semana)</li> </ul>	\$0 de copago  \$0 de copago  \$0 de copago	
<b>Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	Tiene una asignación de \$180 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir la asignación que no haya usado al trimestre siguiente.
<b>Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)</b>	\$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.

# Cobertura de medicamentos recetados

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

## Usted paga lo siguiente:

<b>Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D</b>			
<b>Etapas:</b> <b>Etapas de deducible anual</b>	\$545 (El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 1, ni a las insulinas cubiertas, ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para viajeros).		
<b>Etapas:</b> <b>Etapas de cobertura inicial</b>	<b>Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)^</b>		
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días<sup>*NDS</sup></b>	<b>Suministro para 100 días<sup>NDS</sup></b>
<b>Nivel 1:</b> <b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago
<b>Nivel 2:</b> <b>Medicamentos genéricos</b>	\$0, \$1.55 o \$4.50 de copago	\$0, \$1.55 o \$4.50 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 3:</b> <b>Medicamentos de marca preferidos</b>	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 3:</b> <b>Insulinas cubiertas<sup>**</sup></b>	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 4:</b> <b>Medicamentos no preferidos</b>	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 4:</b> <b>Insulinas cubiertas<sup>**</sup></b>	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 5:</b> <b>Medicamentos de nivel especializado</b>	\$0, \$4.60 u \$11.20 de copago	Sin cobertura	Sin cobertura

<sup>\*\*</sup> Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo INS en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

<sup>^</sup> 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. En algunas situaciones específicas, es posible que obtenga 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.

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

\* 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 Algunos medicamentos no tienen un suministro a largo plazo disponible (de hasta 90 o 100 días). Los medicamentos que no tienen disponible 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 2024 al 31 de diciembre de 2024

<b>Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D</b>		
<b>Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura</b>	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 \$5,030, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$8,000.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el Nivel 3 (insulinas cubiertas) y el Nivel 4 (insulinas cubiertas) están cubiertos 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 en lo que va del año alcancen un total de \$8,000, 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.
<b>Etapa 4: Etapa de cobertura para catástrofes</b>	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 \$8,000, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.  (Esta etapa le brinda <b>protección</b> para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

**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 Servicio al Cliente para obtener más información.

## **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 compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo por envío estándar. Vea la EOC del plan para obtener más información.

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

# Beneficios cubiertos por Medi-Cal

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

## 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 beneficios de la siguiente lista.** 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 (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

<b>Beneficio/Servicio</b>	<b>Medi-Cal</b>	<b>Blue Shield TotalDual</b>
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

# Beneficios cubiertos por Medi-Cal (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

<b>Beneficio/Servicio</b>	<b>Medi-Cal</b>	<b>Blue Shield TotalDual</b>
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)	Sin 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., los 7 días 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.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc.  
Todos los derechos reservados.

Blue Shield Inspire y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas 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。