



Resumen de beneficios 2025

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad para los condados de Orange y San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

blueshieldca.com/medicare

H2819_24_586B_003_SP_M Approved 09102024

Resumen de Beneficios 2025

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

La información de beneficios que brindamos no enumera 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)** en blueshieldca.com/DSNPdocuments2025 o llame a Servicio al Cliente al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web antes del 15 de octubre de 2024.**

Blue Shield TotalDual Plan incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, para que tenga la comodidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos recetados cubiertas con un mismo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield TotalDual Plan** debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos y ser elegible tanto para Medicare como para Medi-Cal (Medicaid). **Nuestra área de servicio incluye los condados de Orange y San Bernardino.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede verla en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Puede consultar el **directorio de proveedores** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medicare/providerdirectory.

Puede consultar el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medpharmacy2025.

Para ver la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web en blueshieldca.com/medformulary2025.

Resumen de beneficios

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
Prima mensual del plan	\$0	
Deducible del plan de salud	\$0	
Importe máximo de gastos de bolsillo por año	\$9,350	<p>No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Este es el máximo que pagaría durante el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare dentro de la red.</p> <p>Los miembros con doble elegibilidad no pagan ningún costo de bolsillo aplicado al máximo de gastos de bolsillo (OOPM) por los servicios cubiertos de las Partes A y B, ya que reciben asistencia de Medi-Cal, por lo que la mayoría de los miembros nunca llegan al OOPM.</p>
Atención hospitalaria de pacientes hospitalizados	\$0	<p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital de la red.</p>
Servicios ambulatorios de hospital <ul style="list-style-type: none"> Servicios de un departamento de emergencias o una clínica de atención ambulatoria, como cirugías ambulatorias o permanecer como paciente en observación 	<p>Copago de \$0 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p> <p>Copago de \$0 si permanece en observación</p>	<p>Es posible que deba pedir autorización previa y/o una referencia de su proveedor.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital con fines de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p>

Resumen de beneficios (continuación) Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y

San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
Cirugía ambulatoria	Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio y un centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Especialistas 	Copago de \$0 por visita Copago de \$0 por visita	Es posible que necesite una referencia de su proveedor para las visitas a especialistas.
Atención preventiva	Copago de \$0	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tiene cobertura.
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura en todo el mundo 	Copago de \$0 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare Coseguro de 20% por cobertura de emergencia en todo el mundo (el coseguro no se aplica si es admitido en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición) No hay un límite anual combinado para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios	
Servicios de atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura en todo el mundo 	Copago de \$0 por servicios de urgencia Coseguro de 20% por cobertura de emergencia en todo el mundo (el coseguro no se aplica si es admitido en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición) No hay un límite anual combinado para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios	

Resumen de beneficios (continuación) Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y

San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imagenología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, etc.) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer) 	<p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p>Es posible que deba pedir autorización previa y/o una referencia de su proveedor. Cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare.</p>
<p>Servicios relacionados con la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición (cubierto por Medicare) • Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare) • Audífonos 	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Se le reembolsarán hasta \$2,000 al año por dos audífonos, y dos pruebas y ajustes de audífonos</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su proveedor.</p> <p>Se aplica a ambos oídos combinados. Puede obtener estos servicios con el proveedor de audífonos que usted prefiera.</p>
<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p>	<p>Copago de \$0 por visita con su PCP o un especialista</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su proveedor.</p>
<p>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas • Dentaduras postizas (extraíbles) • Dentaduras postizas (fijas) 	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>	<p>Dos por año calendario. Una por año calendario (sin cobertura dentro de los 6 meses de la colocación inicial). Una por diente cada 5 años calendario.</p>

Resumen de beneficios (continuación) Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y

San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos • Examen de la vista y refracción de rutina (no cubiertos por Medicare) • Marcos para anteojos • Lentes de anteojos o lentes de contacto 	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red.</p> <p>Nuestro plan paga un par de marcos de anteojos (con un precio minorista regular de hasta \$295) cada 24 meses cuando si los obtiene de un proveedor de la red.</p> <p>Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p> <p>Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) O lentes de contacto (con un precio de hasta \$295 por el servicio y los materiales de lentes de contacto) cada 12 meses si los obtiene de un proveedor de la red.</p> <p>Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p>

Resumen de beneficios (continuación) Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y

San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico • Visita de terapia individual ambulatoria • Visita de terapia grupal ambulatoria 	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>	Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0	<p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield TotalDual Plan no exige la hospitalización previa de 3 días que impone Medicare para calificar para la cobertura.</p>
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y el lenguaje 	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p>	Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.
Servicios de ambulancia	Copago de \$0 por viaje (cada tramo de ida o vuelta)	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Límite de 48 viajes en total (ida y vuelta cuenta por dos) al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Copago de \$0	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
Examen físico anual	Copago de \$0	Uno cada 12 meses.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides	Copago de \$0	Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento para los pies • Cuidado de los pies de rutina (no cubierta por Medicare) 	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada visita de rutina (no cubierta por Medicare)	Es posible que necesite una referencia de su proveedor.
Suministros y servicios para la diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Monitores de glucosa en sangre • Capacitación para aprender a manejar su diabetes, servicios y suministros para la diabetes 	Copago de \$0 para monitores de glucosa en sangre FreeStyle® y coseguro de 20% para monitores de glucosa en sangre de todos los demás fabricantes. Copago de \$0 para toda la capacitación, los servicios y los suministros excepto los monitores de glucosa en sangre (consulte "Monitores de glucosa en sangre" arriba)	Es posible que deba pedir autorización previa y/o una referencia de su proveedor. Puede ver más información en la EOC del plan.

Resumen de beneficios (continuación) Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Orange y

San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	Usted paga	Para tener en cuenta
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) 	<p>Copago de \$0</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p> <p>Puede ver más información en la EOC del plan.</p>
<p>Dispositivos ortopédicos, prótesis y suministros relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos protésicos y ortopédicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos) 	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>
<p>Programas de salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceso básico al gimnasio a través de SilverSneakers® NurseHelp 24/7SM (asistencia telefónica y en línea) Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) (alerta médica las 24 horas, 7 días a la semana) 	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p>	
<p>Artículos de venta sin receta (OTC)</p>	<p>Tiene una asignación de \$170 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.</p>	<p>Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede traspasar su asignación no utilizada al siguiente trimestre.</p> <p>Pueden aplicarse algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más información.</p>
<p>Servicios de quiropraxia de rutina (no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Copago de \$0 por visita</p>	<p>Límite de 12 visitas por año.</p>

Cobertura de medicamentos recetados

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D		
Etapas 1: etapas del deducible anual	\$590 (el deducible no se aplica a los medicamentos enumerados en el Nivel 1, los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes).	
Etapas 2: etapas de cobertura inicial	Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red) [^]	
	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$0, \$1.60 o \$4.90	Copago de \$0, \$1.60 o \$4.90
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15
Nivel 3: insulinas cubiertas ^{**}	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15
Nivel 4: insulinas cubiertas ^{**}	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Copago de \$0, \$4.80 o \$12.15	No cubierto

^{**} 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 cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

[^] Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar de costos compartidos dentro de la red.

Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales según la farmacia y las fases del beneficio, consulte la EOC del plan.

*El costo compartido del suministro para 100 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 100 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (continuación)

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: etapa de cobertura de gastos excedentes

Una vez que los costos anuales de bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio) alcanzan los \$2,000, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

(Esta etapa le protege de cualquier costo adicional una vez que ha pagado sus costos anuales de bolsillo por los medicamentos).

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para solicitar más información.

Servicio de entrega a domicilio

Amazon Pharmacy es nuestro servicio de entrega a domicilio en la red, con el que puede recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para 100 días. La entrega de su pedido no tiene cargo de envío. Consulte la EOC del plan para más información.

Los medicamentos del nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días por servicio de entrega a domicilio.

Beneficios cubiertos por Medi-Cal

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Tabla de beneficios cubiertos por Medi-Cal

Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. El importe que cubre Medi-Cal depende de sus ingresos, recursos y otros factores.

Solo puede acceder a la lista completa de beneficios de Medi-Cal si se encuentra en una de estas categorías de Medi-Cal:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Usted es elegible para todos los beneficios de Medi-Cal, y Medi-Cal paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y montos de copago. No paga nada, excepto los copagos de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB+):** Usted es elegible para todos los beneficios de Medi-Cal y Medi-Cal paga su prima de la Parte B. En general, su parte del costo es de \$0 cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal. Puede haber casos en los que un servicio o beneficio no esté cubierto por Medi-Cal, en cuyo caso usted deberá pagar una parte del costo.
- **Beneficios totales para miembros con doble elegibilidad (FBDE):** Usted es elegible para todos los beneficios de Medi-Cal y Medi-Cal puede brindarle asistencia limitada con los costos compartidos de Medicare. En general, su parte del costo es de \$0 cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medi-Cal. Puede haber casos en los que un servicio o beneficio no esté cubierto por Medi-Cal, en cuyo caso usted deberá pagar una parte del costo.
- Si cambia su categoría de elegibilidad de Medi-Cal, su parte del costo y el acceso a los servicios que se indican a continuación también pueden cambiar. Debe volver a confirmar su inscripción en Medi-Cal todos los años para mantener su inscripción en nuestro plan.

Su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal o Medi-Cal cubre los siguientes servicios:

Pago por servicio. Cuando los servicios están cubiertos tanto por Medi-Cal como por Blue Shield TotalDual Plan, Blue Shield paga primero y Medi-Cal paga segundo. Blue Shield coordinará con su proveedor de Medi-Cal su acceso a todos los beneficios como persona de doble elegibilidad, pero Blue Shield no es responsable de la autorización, referencia o reembolso de los servicios cubiertos por Medi-Cal que se enumeran a continuación.

Los beneficios que se enumeran a continuación pueden tener exclusiones y/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 de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención Médica al **(888) 452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Pacífico (PST), excepto los días festivos.

Beneficios cubiertos por Medi-Cal (continuación)

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Beneficio/servicio	Medi-Cal	Blue Shield TotalDual
Acupuntura	Cubierto	Cubierto
Anteojos o lentes de contacto	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta sin receta (OTC)	No cubierto	Cubierto
Atención médica a largo plazo	Cubierto	No cubierto
Atención virtual	Cubierto	Cubierto
Audífonos	Cubierto	Cubierto
Cuidados paliativos	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad	Cubierto	No cubierto
Medicamentos para el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA	Cubierto	Cubierto
Programa de prevención de la diabetes	Cubierto	Cubierto
Programa de Servicios Multipropósito para Per-sonas de la Tercera Edad (MSSP)	Cubierto	No cubierto
Prótesis y dispositivos ortopédicos	Cubierto	Cubierto
Sangre y sus derivados	Cubierto	Cubierto
Servicio de Administración de Casos	Cubierto	Cubierto
Servicios ambulatorios de desintoxicación	Cubierto	Cubierto
Servicios ambulatorios de salud mental	Cubierto	Cubierto
Servicios clínicos ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios comunitarios para adultos	Cubierto	No cubierto
Servicios de agencias de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto
Servicios de ambulancia	Cubierto	Cubierto
Servicios de anestesiología	Cubierto	Cubierto
Servicios de asistencia de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto
Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS)	Cubierto	No cubierto
Servicios de atención intermedia	Cubierto	No cubierto
Servicios de clínicas de salud rurales	Cubierto	Cubierto
Servicios de emergencia y urgencia	Cubierto	Cubierto
Servicios de farmacia y medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y audiológica	Cubierto	Cubierto
Servicios de hemodiálisis y diálisis para pacien-tes crónicos	Cubierto	Cubierto

Beneficios cubiertos por Medi-Cal (continuación)

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

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Beneficio/servicio	Medi-Cal	Blue Shield TotalDual
Servicios de laboratorio, radiológicos y de radio-isótopos	Cubierto	Cubierto
Servicios de médicos y especialistas	Cubierto	Cubierto
Servicios de optometría	Cubierto	Cubierto
Servicios de partera con licencia	Cubierto	Cubierto
Servicios de podiatría	Cubierto	Cubierto
Servicios de quiropraxia	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud mental especializados	Cubierto	No cubierto
Servicios de salud para indígenas	Cubierto	No cubierto
Servicios de transporte	Cubierto	Cubierto
Servicios de trasplante de órganos	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto
Servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad del desarrollo	Cubierto	No cubierto
Servicios en un centro de enfermería especializada	Cubierto	Cubierto
Servicios en un centro de rehabilitación	Cubierto	Cubierto
Servicios en un centro de reposo	Cubierto	Cubierto
Servicios en un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC):	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cubierto	Cubierto
Servicios para trastornos por uso de sustancias	Cubierto	Cubierto

Estamos aquí para ayudarle

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

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Blue Shield of California es 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.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 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 (escudo) son marcas comerciales registradas de 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。