

Blue Shield of California Promise Health Plan Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados



Si usted recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual del plan será menor de lo que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare. El monto de ayuda adicional que recibe determinará su prima mensual del plan total como miembro de nuestro plan.

Esta tabla le muestra cuál sería su prima mensual del plan si recibiera ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan (HMO)* Condados de Fresno, Los Angeles, Orange, Merced, Stanislaus, San Joaquin y San Diego	Prima mensual para Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan (HMO)* Condado de Santa Clara	Prima mensual para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)* Condados de Fresno, Los Angeles, Merced, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Joaquín, Santa Clara y Stanislaus	Prima mensual para Blue Shield Promise TotalDual Plan (HMO SNP)* Condados de Los Angeles, Orange, San Bernardino, Fresno, San Joaquin, Stanislaus and San Diego
100%	\$0.00	\$49.00	\$0.00	\$0.00
75%	\$0.00	\$49.00	\$8.00	\$8.00
50%	\$0.00	\$49.00	\$16.00	\$16.00
25%	\$0.00	\$49.00	\$24.00	\$24.00

*Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que es posible que deba pagar.

La prima de Blue Shield of California Promise Health Plan incluye cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados.

Si usted no recibe ayuda adicional, puede ver si cumple con los requisitos llamando:

- Al 1-800-Medicare o los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (durante las 24 horas, los 7 días de la semana).
- A la oficina de Medicaid de su estado.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre o en <https://www.BlueShieldofCaliforniaPromise.com/affordable-care-act.asp>.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar en función de su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o del nivel de "Ayuda adicional" que reciba.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de ascendencia, religión, estado civil, raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo/género, identidad de género u orientación sexual. Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable State and Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of ancestry, religion, marital status, race, color, national origin, age, disability, or sex/gender, gender identity or sexual orientation. 第一健保(Blue Shield of California Promise Health Plan) 遵守相關的州和聯邦民權法律規定，不會因為族裔、宗教、婚姻狀態、種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾、性別、性別認同或性傾向而歧視任何人。 Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ các luật hiện hành về dân quyền của Liên bang và Tiểu bang và không phân biệt đối xử dựa trên dòng dõi, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc khuynh hướng tính dục.

NOTA IMPORTANTE: Para ver información importante sobre las exigencias de no discriminación, puede visitar nuestra página web en <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

Blue Shield of California Promise Health Plan es un licenciataria independiente de Blue Shield Association.