



Blue Shield of California 月度保費，適用於從 Medicare 獲得 Extra Help（額外補助）以支付處方藥費用的人士

如果您從 Medicare 獲得 Extra Help 以支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，那麼您的月度計劃保費將低於沒有從 Medicare 獲得 Extra Help 的保費。您獲得的 Extra Help 金額將確定您作為我們計劃會員的每月計劃總保費。

下表顯示了您獲得 Extra Help 後的月度計劃保費情況。

計劃名稱	PBP	您的 Extra Help 程度	
		100%	0%
月度保費，適用於 Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) (Los Angeles 和 San Diego 縣) *	H2819-001	\$0	\$7.00

* 這不包括您可能需要支付的任何 Medicare B 部分保費。

Blue Shield of California 的保費包括醫療服務和處方藥的保險。

如果您還未獲得 Extra Help，請致電以下電話來確定您是否符合資格：

- 1-800-Medicare 或 TTY 使用者請撥打 **1-877-486-2048**（每天 24 小時/每週七天），
- 您所在州 Medicaid 辦公室，或
- 社會安全局聯絡電話：**1-800-772-1213**。TTY 使用者請撥打 **1-800-325-0778**，週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。



如有任何疑問，請致電客戶服務：**(800) 452-4413 (TTY: 711)**，服務時間為一週七天，太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點。

Blue Shield of California 是一項與 Medicare 簽訂合約以及與 California State Medicaid Program（加州 Medicaid 計劃）簽約的 HMO D-SNP 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。

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。

Blue Shield of California 601 12th Street, Oakland, CA 94607.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
A57251-DSNP-CT_1025

H2819_25_496C_C 09222025