



适用于获得Medicare提供的额外帮助以协助支付处方药费用之人士的Blue Shield of California每月计划保费

如果您获得Medicare提供的额外帮助，以协助支付您的Medicare处方药计划费用，您的每月计划保费将低于未获得Medicare提供的额外帮助时的保费。您获得的额外帮助金额将决定您身为本计划会员需要支付的每月计划保费总额。

本表显示在获得额外帮助时，您每月的计划保费金额。

计划名称	PBP	您的额外帮助级别	
		100%	0%
下列计划的每月保费： Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) (洛杉矶县和圣地亚哥县) *	H2819-001	\$0	\$0

* 这不包括您可能需要支付的任何Medicare B部分保费。

Blue Shield of California保费包括医疗服务承保和处方药承保。

如果您没有获得额外帮助，可以致电以下机构了解您是否符合资格：

- **800-Medicare**，听障和语障用户请拨打**877-486-2048**（每周七天、每天24小时），
- 您所在州的Medicaid办公室，或
- 社会保障管理局，电话**800-772-1213**。听障和语障用户请于周一至周五，上午8点至晚上7点之间拨打**800-325-0778**。



如果您有任何疑问，请致电客户服务部 **(800) 452-4413 (TTY: 711)**，每周七天，太平洋时间上午8点至晚上8点提供服务。

Blue Shield of California是与Medicare和加州Medicaid计划签有合同的HMO D-SNP计划。能否参保Blue Shield of California取决于合同的续签情况。

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
A57251DSN-CS_1026

H2819_26_275B_COM_C 08262026