



適用於獲得Medicare提供的額外協助以幫助支付處方藥費用之人士的Blue Shield of California月繳計劃保費

如果您獲得Medicare提供的額外協助以幫助支付您的Medicare處方藥計劃費用，您的月繳計劃保費將比您沒有獲得Medicare提供之額外協助時的保費來得低。您獲得的額外協助金額將決定您身為我們計劃會員時需支付的月繳計劃保費總額。

如果您獲得額外協助，下表列出您需支付的月繳計劃保費金額。

計劃名稱	PBP	您的額外協助等級	
		100%	0%
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) 的月繳保費 (洛杉磯縣及聖地牙哥縣) *	H2819-001	\$0	\$0

* 這不包括您可能需要支付的任何Medicare B部份保費。

Blue Shield of California保費包括醫療服務承保和處方藥承保。

如果您目前沒有獲得額外協助，您可撥打以下電話以確認您是否有資格獲得：

- **800-Medicare**，聽障和語障專線(TTY)使用者請致電**877-486-2048** (每週七天，每天24小時)；
- 您的州政府Medicaid辦公室；或
- 社會安全局：**800-772-1213**。聽障和語障專線(TTY)使用者請於週一至週五上午8時至晚上7時致電**800-325-0778**。



如果您有任何疑問，請致電客戶服務部：**(800) 452-4413** (聽障和語障專線(TTY)：711)，服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。

Blue Shield of California是HMO D-SNP計劃，與Medicare及加州Medicaid計劃簽有合約。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。

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
A57251DSN-CT_1026

H2819_26_275B_COM_C 08262026