

Размер ежемесячного страхового взноса по плану Blue Shield of California для лиц, которые получают помощь по программе предоставления дополнительной помощи (Extra Help) от программы Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты

Если вы получаете дополнительную помощь по программе предоставления дополнительной помощи от Medicare для оплаты расходов по вашему плану страхового покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Medicare, то сумма вашего ежемесячного страхового взноса по плану будет ниже, чем для участников, которые не получают помощь в рамках этой программы. Размер получаемой вами дополнительной помощи по программе предоставления дополнительной помощи будет определять сумму вашего общего ежемесячного страхового взноса в качестве участника нашего плана.

В данной таблице приведена информация о суммах ежемесячного страхового взноса по плану в случае получения дополнительной помощи по программе предоставления дополнительной помощи.

Название плана	PBP	Уровень получения льгот по программе предоставления дополнительной помощи	
		100%	0%
Ежемесячный страховой взнос по плану Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) (округа Лос-Анджелес и Сан-Диего)*	H2819-001	\$0	\$0

* В эту сумму не включен страховой взнос по Части В программы Medicare, который вам, возможно, потребуется оплачивать.

Страховой взнос по плану Blue Shield of California включает страховое покрытие как медицинского обслуживания, так и рецептурных препаратов.

Если вы не получаете дополнительную помощь по программе предоставления дополнительной помощи, вы можете узнать, соответствуете ли вы требованиям, позвонив:

- по номеру **800-Medicare** (пользователи линии ТТУ могут позвонить по номеру **877-486-2048**); звонки принимаются ежедневно и круглосуточно;
- в представительство программы Medicaid в вашем штате; или
- в Администрацию социального обеспечения по номеру **800-772-1213**. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **800-325-0778**. Звонки принимаются с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу.



При возникновении вопросов звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру **(800) 452-4413 (линия ТТУ: 711)** ежедневно с 8 a.m. до 8 p.m. по тихоокеанскому поясному времени (PT).

Blue Shield of California — это план HMO D-SNP, который работает по договору с программой Medicare и программой Medicaid штата Калифорния. Регистрация в плане Blue Shield of California зависит от продления контракта.

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