



Prima mensual del plan Blue Shield of California para personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja de lo que sería si no recibiera esa Ayuda Adicional de Medicare. El importe de Ayuda Adicional se determina con base en su prima mensual total como miembro de nuestro plan.

En esta tabla puede ver cuál será la prima mensual de su plan si recibe Ayuda Adicional.

Nombre del plan	PBP	Su nivel de Ayuda Adicional	
		100%	0%
Prima mensual de Blue Shield 65 Plus (HMO) (Condados de Kern, Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego)*	H0504-038 H0504-015 H0504-026 H0504-017 H0504-028	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO) (Condados de Riverside y San Bernardino)*	H0504-040	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO) (Condados de Los Ángeles y Orange)*	H0504-021	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO) (Condados de Los Ángeles y Orange)*	H5928-004	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO) (Condado de San Diego)*	H5928-010	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield 65 Plus (HMO) (Condados de San Luis Obispo y Santa Bárbara)*	H0504-039	\$70.00	\$70.00
Prima mensual de Blue Shield Inspire (HMO) (Condados de Los Ángeles y Orange)*	H0504-043	\$0	\$0
Prima mensual de Blue Shield Inspire (HMO) (Condados de Alameda y San Mateo)*	H0504-041	\$60.00	\$60.00

Nombre del plan	PBP	Su nivel de Ayuda Adicional	
		100%	0%
Prima mensual de Blue Shield Inspire (HMO) (Condados de Merced, San Joaquín, Santa Clara y Stanislaus)*	H0504-047	\$61.00	\$61.00
Prima mensual de Blue Shield Advantage (HMO) (Condado de San Joaquín)	H0504-050	\$20.00	\$20.00
Prima mensual de Blue Shield Advantage (HMO) (Condados de Sacramento y Placer)	H0504-053	\$19.00	\$19.00
Prima mensual de Blue Shield Advantage (HMO) (Condados de Los Ángeles y Orange)	H0504-054	\$0.00	\$0.00
Prima mensual de Blue Shield Advantage (HMO) (Condado de San Diego)	H0504-055	\$0.00	\$0.00
Prima mensual de Blue Shield Value Advantage Plan (HMO) (Condado de Los Ángeles)	H0504-056	\$0.00	\$0.00
Prima mensual de Blue Shield Value Advantage Plan (HMO) (Condado de San Diego)	H0504-057	\$0.00	\$0.00

* No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted tendría que pagar.

La prima de Blue Shield of California incluye la cobertura de servicios médicos y de medicamentos recetados.

Si no está recibiendo Ayuda Adicional, puede averiguar si cumple con los requisitos.

Puede comunicarse con las siguientes agencias:

- **800-Medicare.** Si usa TTY: **877-486-2048** (las 24 horas del día, los siete días de la semana)
- La oficina de Medicaid de su estado, o
- La Administración del Seguro Social, al **800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.



Si tiene preguntas, puede comunicarse con Servicio al Cliente al **(800) 776-4466** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. PT.

Blue Shield of California es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A57251MAD-SP_1026

Y0118_26_275C_COM_C 08262026