



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 Medicare 處方藥計劃費用，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 65 Plus (HMO) （Kern 縣、Los Angeles 縣、Orange 縣、Riverside 縣、San Bernardino 縣和 San Diego 縣）*	H0504-038 H0504-015 H0504-026 H0504-017 H0504-028	\$0	\$0
月度保費，適用於 Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO) （Riverside 縣和 San Bernardino 縣）*	H0504-040	\$0	\$0
月度保費，適用於 Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO) （Los Angeles 縣和 Orange 縣）*	H0504-021	\$0	\$0
月度保費，適用於 Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO) （Los Angeles 縣和 Orange 縣）*	H5928-004	\$0	\$0

計劃名稱	PBP	您的 Extra Help 程度	
		100%	0%
月度保費，適用於 Blue Shield Advantage Optimum Plan 1 (HMO) (San Diego 縣) *	H5928-010	\$0	\$0
月度保費，適用於 Blue Shield 65 Plus (HMO) (San Luis Obispo 縣和 Santa Barbara 縣) *	H0504-039	\$50.40	\$54.00
月度保費，適用於 Blue Shield Select (PPO) (Orange 縣和 San Diego 縣) *	H4937-002	\$22.00	\$41.00
月度保費，適用於 Blue Shield Select (PPO) (Alameda 縣) *	H4937-001	\$28.10	\$49.00
月度保費，適用於 Blue Shield Inspire (HMO) (Los Angeles 縣和 Orange 縣) *	H0504-043	\$0	\$0
月度保費，適用於 Blue Shield Inspire (HMO) (Alameda 縣和 San Mateo 縣) *	H0504-041	\$35.00	\$39.00
月度保費，適用於 Blue Shield Inspire (HMO) (Merced 縣、San Joaquin 縣、Santa Clara 縣和 Stanislaus 縣) *	H0504-047	\$24.40	\$38.00

* 這不包括您可能需要支付的任何 Medicare B 部分保費。

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

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 (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：(800) 772-1213。TTY 使用者請撥打 (800) 325-0778，週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。

如有任何疑問，請致電客戶服務：**(800) 776-4466 (TTY: 711)**，服務時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。

網絡外/非簽約提供者無義務為 Blue Shield Medicare (PPO) 的會員提供治療，除非在急診情況下。請致電我們的客戶服務電話或查看 Evidence of Coverage（承保範圍說明書），以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的費用分攤。

Blue Shield of California 是一個與 Medicare 簽有合約的 HMO 和 PPO 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。

© 1999-2024 年 California Physician's Service 以 Blue Shield of California 的名義開展業務。保留所有權利。

以 Blue Shield of California 開展業務的 California Physician's Service 是 Blue Shield Association 的獨立成員。

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