



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

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual de su plan será menor que la que pagaría si no recibiera Ayuda Adicional de Medicare. La cantidad de Ayuda Adicional que reciba determinará el total de la prima mensual de su plan que deberá pagar como miembro de nuestro plan.

En este cuadro, se indica cuál será la prima mensual de su plan si recibe Ayuda Adicional.

Nombre del plan	Paquete de beneficios del plan (PBP, por sus siglas en inglés)	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

Nombre del plan	Paquete de beneficios del plan (PBP, por sus siglas en inglés)	Su nivel de Ayuda Adicional	
		100 %	0 %
Prima mensual de Blue Shield Advantage Optimum 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	\$50.40	\$54.00
Prima mensual de Blue Shield Select (PPO) (Condados de Orange y San Diego)*	H4937-002	\$22.00	\$41.00
Prima mensual de Blue Shield Select (PPO) (Condado de Alameda)*	H4937-001	\$28.10	\$49.00
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	\$35.00	\$39.00
Prima mensual de Blue Shield Inspire (HMO) (Condados de Merced, San Joaquín, Santa Clara y Stanislaus)*	H0504-047	\$24.40	\$38.00

* No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que posiblemente tenga que pagar.

La prima de Blue Shield of California incluye cobertura tanto de servicios médicos como de medicamentos recetados.

Si aún no recibe Ayuda Adicional, puede llamar para saber si califica para obtenerla:

- Al 1-800-Medicare; los usuarios del sistema TTY deben llamar al (877) 486-2048 (disponible las 24 horas, los siete días de la semana).
- A la oficina de Medicaid de su estado.
- A la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213; los usuarios del sistema TTY deben llamar al (800) 325-0778, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Los proveedores que están fuera de la red o que no están contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros con Blue Shield Medicare (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o lea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde para los servicios fuera de la red.

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

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。

© California Physician's Service DBA Blue Shield of California 1999-2024. Todos los derechos reservados.

California Physician's Service DBA Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

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