

Premera Blue Cross
Prima mensual del plan para personas que reciben ayuda adicional de Medicare
para ayudarlas a pagar los costos de medicamentos recetados

Si recibe ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual del plan será menor de lo que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare. Su prima mensual total del plan como miembro de nuestro Plan dependerá de la cantidad de ayuda adicional que recibe.

Esta tabla muestra cuál será su prima mensual del plan si recibe ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para Classic*	Prima mensual para Classic Plus*	Prima mensual para Total Health*	Prima mensual para HMO*	Prima mensual para Core*	Prima mensual para Core Plus*
100 %	\$19.00	\$155.00	\$0.10	\$0.00	\$0.00	\$39.20
75 %	\$28.00	\$164.00	\$6.10	\$0.00	\$3.00	\$48.10
50 %	\$37.00	\$173.00	\$12.00	\$0.00	\$6.00	\$57.10
25 %	\$46.00	\$182.00	\$18.00	\$0.00	\$9.00	\$66.00

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para Charter + Rx*	Prima mensual para Peak + Rx*	Prima mensual para Sound + Rx*
100 %	\$115.00	\$0.00	\$10.30
75 %	\$124.00	\$0.00	\$17.70
50 %	\$133.00	\$0.00	\$25.10
25 %	\$142.00	\$0.00	\$32.60

*Esto no incluye ninguna prima de la Parte B Medicare que deba pagar.

Las primas de Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic Plus (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Core (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Core Plus (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Charter + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO) incluyen cobertura de servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados.

Si no recibe ayuda adicional, puede consultar si califica llamando a:

- 1-800-Medicare; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (24 horas al día/7 días a la semana),
- Su oficina estatal de Medicaid, o
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Premera Blue Cross al 888-850-8526, (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato.

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans – Complaints & Appeals
PO Box 262527, Plano, TX 75026
Toll free 888-850-8526, Fax 800-889-1076, TTY 711
Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-850-8526 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-850-8526 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-850-8526 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-850-8526 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-850-8526 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-850-8526 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-850-8526 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 888-850-8526 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃលក់អាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-850-8526 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 888-850-8526 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 888-850-8526 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-850-8526 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-850-8526 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 888-850-8526 (TTY: 711).

ប្រៃសណីយ៍: បើ អ្នក រៀន ភាសា ខ្មែរ, ការ ជំនួយ ភាសា អាច មាន ឥត ថ្លៃ លក់ អាច មាន សំរាប់ បំរើ អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (TTY: 711)។