

개인 및 가족

# PPO

건강 플랜

## 견적과 신청을 원하시면, 중개인에게 연락하거나 또는 [blueshieldcalplans.com/getblue](https://blueshieldcalplans.com/getblue)에 방문해주세요.

### PPO 건강 플랜

PPO(선호 의료 서비스 제공자) 플랜은 진료 의뢰서가 필요 없고 의사, 전문의, 병원 선택을 중요하게 여기는 가입자분들을 위해 설계되었습니다. 당사 독점 PPO 네트워크에 속한 56,000명 이상의 의사 및 325개 병원의 협력으로 Blue Shield of California PPO 플랜은 귀하가 원하는 선택권을 제공합니다. 거주지의 독점 PPO 네트워크 의사와 병원을 확인하시려면, [blueshieldca.com/networkifppo](https://blueshieldca.com/networkifppo)에 방문하세요.

보장되는 서비스 비용은 언제나 네트워크 의료진을 이용할 경우 가장 저렴합니다. 그러나 PPO 플랜은 보통 당사 독점 PPO 네트워크 비가맹 의료진에게 받은 서비스 비용 일부도 지급합니다.

### 플랜 선택 방법

당사는 귀하가 선택하실 수 있는 다양한 건강 플랜을 제공합니다. 알맞은 플랜을 선택하시려면, 월 보험료와 진료 비용을 어떻게 배정할지 생각해야 합니다. 일반적으로 가입자가 월 보험료를 더 많이 불입할수록 의료 서비스를 받을 때의 분담금 액수는 낮아집니다. 그리고 가입자가 월 보험료를 적게 불입할수록 의료 서비스를 받을 때의 분담금 액수는 높아집니다.

월 보험료를 많이 불입하는 경우 ←————→ 월 보험료를 적게 불입하는 경우



의료 서비스 분담금 비용이 적어짐 ←————→ 의료 서비스 분담금 비용이 커짐

### 여행할 때도 보장받으세요

출장이나 휴가를 떠날 때, 모든 Blue Shield PPO 플랜에는 BlueCard® 및 Blue Shield Global Core가 제공됩니다. 미국 전역은 물론 해외여행 중에도 긴급 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다.

### 원하실 때 어디서든 의사와 상담하세요

Teladoc은 국가 면허를 취득한 미국 전역의 의사 및 아동청소년과 의사, 정신 건강 전문가와 다양한 의료 및 정신 건강 문제를 상담할 수 있는 주 7일 24시간 365일 서비스로, 전화나 온라인 영상 진료로 특정 의약품 처방을 제공합니다. 본 서비스에 드는 코페이는 없으며, 대부분의 플랜에서 의료 공제액을 충당하기 전에 이용 가능합니다.



플랜 가이드



중요한 의료 용어 정의는 3페이지를 참조하세요.

PLATINUM

90

## Platinum 및 Gold 플랜

공제액이 없고 대부분의 Blue Shield 플랜보다 코페이가 저렴한 Platinum 및 Gold 플랜은 의료 서비스를 자주 받는 분들에게 좋은 플랜입니다.

GOLD

80

SILVER

70

## Silver 플랜

Blue Shield Silver 70 PPO 플랜은 가끔 의료 서비스를 받으며 월 보험료 및 의료 서비스를 받을 때 부담하는 비용 간의 균형을 맞추고 싶은 분에게 적합한 플랜입니다.

SILVER

1950

예상 가능한 코페이를 제공하는 저비용의 가치 있는 플랜을 찾고 계신다면, Silver 1950 PPO 플랜이 적합할 것입니다.

SILVER

2600

Health savings account\*(HSA, 건강 저축 계좌)를 개설할 수 있는 플랜을 원하시면 Blue Shield Silver 2600 HDHP PPO 플랜이 좋은 선택입니다. 가입자는 자신의 HSA에 세금 우대 저축을 함으로써 향후 의료비를 준비할 수 있습니다.

SILVER

94

또한, 당사는 Covered California를 통해 세 종류의 Silver 공동 부담 절감 플랜을 제공하며, 코페이와 공제액, 자비 부담금 최대 금액이 낮은 것이 특징입니다. 특정 소득 조건과 기타 기준을 충족하는 분들이 가입할 수 있습니다.

SILVER

87

Blue Shield Silver 94 PPO

Blue Shield Silver 87 PPO

Blue Shield Silver 73 PPO

BRONZE

60

## Bronze 플랜

의료 서비스를 거의 받지 않으며 매월 적은 보험료를 내고 대신 의료 서비스를 받을 때 부담금을 더 많이 내는 것을 선호하는 분에게 잘 맞는 플랜입니다.

Silver 2600 HDHP PPO 외에도 HSA 호환 플랜 옵션이 있습니다. 당사의 Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO 플랜도 확인해보세요. Silver 2600 HDHP PPO 플랜과 비교하면 Bronze 60 HDHP PPO은 더욱 저렴한 플랜 보험료를 납입하는 대신 서비스 이용 시 부담금을 더욱 많이 지급하는 플랜입니다.

MINIMUM COVERAGE

60

## Minimum Coverage PPO

본 플랜에 가입하시려면 만 30세 미만이거나 Covered California를 통해 경제적 어려움으로 인한 면제 자격을 받아야 합니다. 의료 서비스를 거의 받지 않고 가장 낮은 월 보험료 불입을 원하는 분에게 잘 맞는 플랜입니다.

\* HSA 호환 가능한 높은 공제액의 건강 플랜(HDHP)에 가입한 가입자 대부분은 HSA를 개설할 수 있는 자격이 있지만, 재정 전문가와 상담한 후 HSA/HDHP가 적합한 재정적 선택인지 결정해야 합니다. Blue Shield는 HSA 관련 세금 조건을 제공하지 않습니다. HSA는 은행을 통해 제공됩니다. HSA, 가입 자격 및 현행 법 조항에 관한 자세한 정보는 담당 재정 전문가 또는 세금 전문가에게 조언을 구해야 합니다.

## Heal을 이용한 방문 진료

아직도 왕진이 가능하다는 것을 아셨나요? Heal™은 원하실 때 언제 어디서나 면허 있는 의사의 진료를 받을 수 있는 서비스입니다. 병원 방문에 걸리는 시간이나 소요되는 비용과 스트레스 없이 원하실 때 언제 어디서든 의사 진료 일정을 잡는 것은 해방감을 줍니다. [heal.com/cities](http://heal.com/cities)에 방문하여 Heal 이용 가능 지역을 알아보세요.

## 대신 HMO 플랜을 찾고 계신가요?

실력 있는 의사와 병원 네트워크, 낮은 보험료까지 누릴 수 있는 HMO 플랜을 선호하는 분에게 지역에 따라 Trio HMO 플랜을 제공합니다. 당사 HMO 플랜에 대한 더 자세한 정보를 원하시면 담당 중개인에게 이 브로슈어의 HMO 버전을 요청하거나 [blueshieldcaplans.com/getblue](http://blueshieldcaplans.com/getblue)에 방문하세요.

## 재정 지원

가입자는 Covered California를 통해 모든 Blue Shield 플랜(Minimum Coverage PPO 플랜 제외)에 대한 월 보험료 불입에 도움이 되는 재정 지원을 받을 수도 있습니다. 담당 중개인 또는 Blue Shield에 문의하여 자격요건 심의 절차에 대한 안내를 받아보세요.\*

## 정의:

**1단계** – Blue Shield 표준 처방집 내 저비용 선호 브랜드 의약품 및 대부분의 제네릭 의약품.

**2단계** – Blue Shield 표준 처방집 내 비선호 제네릭 의약품, 선호 브랜드 의약품 또는 의약품 안전, 효과, 비용을 기준으로 Pharmacy and Therapeutics Committee(약사의료위원회)가 추천한 의약품.

**3단계** – Blue Shield 표준 처방집 내 비선호 브랜드 의약품, 의약품 안전, 효과, 비용을 기준으로 약사의료위원회가 추천한 의약품, 일반적으로 더 낮은 단계에 선호 및 더 저렴한 치료 대체재가 있는 의약품.

**4단계** – 생물약품, Food and Drug Administration(FDA, 미국 식품의약품) 또는 의약품 제조사가 전문 약국을 통해 배포하도록 한 의약품, 자가 투여에 훈련 또는 임상 모니터링이 필요한 의약품, 또는 1개월 제공분이 플랜 비용(환급 후)으로 \$600를 초과하는 의약품.

**가맹 의료진/네트워크 제공자** – 특정 건강 플랜의 가입자들에게 보장되는 의료 서비스를 제공하기로 Blue Shield와 계약을 맺은 공급자(의사와 병원을 포함). 네트워크 제공자는 보장되는 의료 서비스에 대해 Blue Shield의 계약 요율에 동의했습니다.

**공동 보험** – 모든 역년 공제액을 충당한 후 가입자가 혜택을 받기 위해 납부하는 금액의 비율.

**공동 부담** – Blue Shield와 가입자가 나누어 부담하는 의료 서비스 비용.

**공제액** – Blue Shield에서 지급을 시작하기 전 대부분의 보장되는 의료 서비스에 대해 가입자가 역년마다 납부하는 액수. 예방 치료 등 특정 보장되는 의료 서비스는 가입자가 역년 공제액을 충당하기 전에 보장됩니다.

**보험료** – 건강 보험 비용으로 매월 Blue Shield에 납부해야 하는 액수.

**부담금(코페이)** – 모든 해당되는 역년 공제액을 충당한 후 가입자가 혜택을 받기 위해 납부하는 고정 액수.

**처방집** – 안전, 효과, 비용을 기준으로 선정하고 Food and Drug Administration이 승인한 의약품 목록.

**허용된 요금** – Blue Shield가 보장되는 의료 서비스 지급을 결정하는 데 이용하는 금액.

**혜택(보장되는 의료 서비스)** – 건강 플랜으로 보장되는 의학적으로 필요한 서비스 및 제품.

**HDHP** – 높은 공제액의 건강 플랜.

\* Blue Shield는 가입자가 보조금 지급 대상인지 결정하지 않습니다. Covered California를 통해 플랜에 가입하기로 하신다면, Covered California가 신청서에 작성한 정보를 기준으로 귀하의 자격 및 실제 보조금 금액을 결정할 것입니다.

Heal은 Get Heal, Inc.의 상표입니다.

이 표는 플랜 공제액, 코페이 및 네트워크 가맹 의료진 이용 시 일반 의료 서비스에 대한 공동 보험료에 관한 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜 정보 전문을 확인하시려면, [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies)에 방문하세요. 가입자는 해당되는 경우, 공제액이 충당되기 전 모든 비용을 허용된 요금까지 부담해야 합니다. 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 독점 PPO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

= 공제액을 충당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

= 혜택은 공제액을 따름

	BLUE SHIELD PLATINUM 90 PPO	BLUE SHIELD GOLD 80 PPO	BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE PPO*	BLUE SHIELD SILVER 70 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 94 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 87 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 73 PPO†
플랜 가입 청구	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 전용	Covered California 전용	Covered California 전용	Covered California 전용	Covered California 전용
혜택	가맹 의료진 이용 시 가입자가 지급하는 액수:¹						
예방 보건 혜택	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
진료소 방문 - 1차 진료 의사	\$15	\$35	\$40	\$40	\$5	\$15	\$35
진료소 방문 - 전문의	\$30	\$65	\$80	\$80	\$8	\$25	\$75
긴급 치료 방문	\$15	\$35	\$40	\$40	\$5	\$15	\$35
1단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$5	\$15	\$16⁴	\$16⁴	\$3	\$5	\$16⁴
2단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$15	\$55	\$60⁴	\$60⁴	\$10	\$25⁶	\$55⁴
3단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$25	\$80	\$90⁴	\$90⁴	\$15	\$45⁶	\$85⁴
4단계 의약품 (최대 30일 제공분)	10% (처방전별 최대 \$250)	20% (처방전별 최대 \$250)	20% (처방전별 최대 \$250)⁴	20% (처방전별 최대 \$250)⁴	10% (처방전별 최대 \$150)	15% (처방전별 최대 \$150)⁶	20% (처방전별 최대 \$250)⁴
병리 검사	\$15	\$40	\$40	\$40	\$8	\$20	\$40
X레이	\$30	\$75	\$85	\$85	\$8	\$40	\$85
병원 입원 환자	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
외래 환자 수술	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	\$150	\$350	\$400	\$400	\$50	\$150	\$400
구급차	\$150	\$250	\$255	\$250	\$30	\$75	\$250
임부 - 출산(병원)	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
소아 치과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안경	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나
척추 교정 요법 카이로프랙틱 (American Specialty Health Plans 네트워크 척추 지압사가 제공)	비보장	비보장	비보장	비보장	비보장	비보장	비보장
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	\$15	\$35	\$40	\$40	\$5	\$15	\$35
네트워크 내 역년 의료 공제액⁷	\$0	\$0	개인별 \$4,000/ 가족별 \$8,000	개인별 \$4,000/ 가족별 \$8,000	개인별 \$75/ 가족별 \$150	개인별 \$1,400/ 가족별 \$2,800	개인별 \$3,700/ 가족별 \$7,400
네트워크 내 역년 자비 부담금 최대 액수 (공제액 포함)	개인별 \$4,500/ 가족별 \$9,000	개인별 \$8,200/ 가족별 \$16,400	개인별 \$8,200/ 가족별 \$16,400	개인별 \$8,200/ 가족별 \$16,400	개인별 \$1,000/ 가족별 \$2,000	개인별 \$2,850/ 가족별 \$5,700	개인별 \$6,500/ 가족별 \$13,000
네트워크 내 역년 조제 공제액	\$0	\$0	개인별 \$300/ 가족별 \$600⁷	개인별 \$300/ 가족별 \$600⁷	\$0	개인별 \$100/ 가족별 \$200⁷	개인별 \$275/ 가족별 \$550⁷

이 표는 플랜 공제액, 코페이 및 네트워크 가맹 의료진 이용 시 일반 의료 서비스에 대한 공동 보험료에 관한 자세한 사항을 보여 줍니다. 플랜 정보 전문을 확인하시려면, [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies)에 방문하세요. 가입자는 해당되는 경우, 공제액이 총당되기 전 모든 비용을 허용된 요금까지 부담해야 합니다. 그 이후에, 가입자는 차트에 명시된 코페이 또는 공동 보험료를 부담합니다. 이 플랜의 최대 자비 부담금에 도달하면, Blue Shield가 독점 PPO 네트워크 의료진에게 받은 대부분의 보장되는 의료 서비스 비용 100%를 지급합니다.

= 공제액을 총당하기 전 혜택을 이용할 수 있음

= 혜택은 공제액을 따름

	BLUE SHIELD SILVER 1950 PPO*	BLUE SHIELD SILVER 2600 HDHP PPO*	BLUE SHIELD BRONZE 60 PPO	BLUE SHIELD BRONZE 60 HDHP PPO	BLUE SHIELD MINIMUM COVERAGE PPO
플랜 가입 청구	Blue Shield 전용	Blue Shield 전용	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California	Blue Shield 및 Covered California
혜택					
예방 보건 혜택	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
진료소 방문 - 1차 진료 의사	\$45	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$65, 공제액 총당 후 \$65 <sup>2</sup>	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 <sup>3</sup>
진료소 방문 - 전문의	\$75	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$95, 공제액 총당 후 \$95 <sup>2</sup>	\$0	\$0
긴급 치료 방문	\$45	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$65, 공제액 총당 후 \$65 <sup>2</sup>	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 <sup>3</sup>
1단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$15 <sup>4</sup>	35%(처방전별 최대 \$250) <sup>5</sup>	\$18	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
2단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$60 <sup>4</sup>	35%(처방전별 최대 \$250) <sup>5</sup>	40% (처방전별 최대 \$500) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
3단계 의약품 (최대 30일 제공분)	\$80 <sup>4</sup>	35%(처방전별 최대 \$250) <sup>5</sup>	40% (처방전별 최대 \$500) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
4단계 의약품 (최대 30일 제공분)	35% (처방전별 최대 \$250) <sup>4</sup>	35%(처방전별 최대 \$250) <sup>5</sup>	40% (처방전별 최대 \$500) <sup>4</sup>	\$0 <sup>5</sup>	\$0 <sup>5</sup>
병리 검사	35%	35%	\$40	\$0	\$0
X레이	35%	35%	40%	\$0	\$0
병원 입원 환자	35%	35%	40%	\$0	\$0
외래 환자 수술	35%	35%	40%	\$0	\$0
응급실 서비스(병원에 입원하지 않은 경우)	35%	35%	40%	\$0	\$0
구급차	35%	35%	40%	\$0	\$0
임부 - 출산(병원)	35%	35%	40%	\$0	\$0
소아 치과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안과 검사	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
소아 안경	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나	1년에 안경 하나
최추 교정 요법 카이로프랙틱 (American Specialty Health Plans 네트워크 최추 지압사가 제공)	\$15 (연간 최대 15회 방문)	35% (연간 최대 15회 방문)	비보장	비보장	비보장
침술(American Specialty Health Plans 네트워크 침술사가 제공)	\$45	35%	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$65, 공제액 총당 후 \$65 <sup>2</sup>	\$0	공제액 총당 전 연별 최초 3회 방문 시 \$0, 공제액 총당 후 \$0 <sup>3</sup>
네트워크 내 연년 의료 공제액 <sup>7</sup>	개인별 \$1,950/ 가족별 \$3,900	개인별 \$2,600/ 가족별 \$5,200	개인별 \$6,300/ 가족별 \$12,600	개인별 \$7,000/ 가족별 \$14,000	개인별 \$8,550/ 가족별 \$17,100
네트워크 내 연년 자비 부담금 최대 액수 (공제액 포함)	개인별 \$8,200/ 가족별 \$16,400	개인별 \$6,850/ 가족별 \$13,700	개인별 \$8,200/ 가족별 \$16,400	개인별 \$7,000/ 가족별 \$14,000	개인별 \$8,550/ 가족별 \$17,100
네트워크 내 연년 조제 공제액	개인별 \$300/ 가족별 \$600 <sup>7</sup>	해당 사항 없음	개인별 \$500/ 가족별 \$1,000 <sup>7</sup>	해당 사항 없음	해당 사항 없음



이것은 계약이 아닙니다. 모든 혜택 설명은 플랜 혜택의 개요입니다. 플랜 혜택 또는 제외 내역의 자세한 설명을 원하시면 **보장범위 증명서(EOC)**를 참조하세요. 서비스 이용 시 재정 책임 및 플랜 혜택을 쉽고 간단히 이해할 수 있는 혜택 및 보장 요약(SBC) 양식을 확인하셔도 됩니다. 플랜 EOC 및 SBC는 [blueshieldca.com/policies](https://www.blueshieldca.com/policies)에 방문 또는 당사 번호 **(888) 256-3650**에 전화하여 확인하실 수 있습니다.

당사는 또한 미국 원주민과 알래스카 원주민에게 특별 플랜을 제공합니다. 자세한 정보를 원하시면 [coveredca.com](https://www.coveredca.com)에 방문하세요.

#### 각주 및 미주

- \* 본 Blue Shield 플랜은 반드시 Blue Shield를 통해 가입해야 하며 담당 중개인이 해당 절차에 관한 도움을 드릴 것입니다. 달리 명시되지 않은 경우, Blue Shield 또는 Covered California를 통하여 이 차트에 표시된 다른 모든 Blue Shield 의료 플랜에 가입할 수 있습니다.
- † 본 Blue Shield 플랜은 Covered California를 통해 가입해야 하며 담당 중개인이 해당 절차에 관한 도움을 드릴 것입니다. 달리 명시되지 않은 경우, Blue Shield 또는 Covered California를 통하여 이 차트에 표시된 다른 모든 Blue Shield 의료 플랜에 가입할 수 있습니다. 자격이 있는 개인은 Covered California를 통해 Blue Shield 플랜 신청 시 재정 지원을 받을 수도 있습니다.
- 1 명시된 액수는 허용된 요금의 비율입니다. 네트워크 가맹 의료진은 Blue Shield의 허용된 요금을 보장되는 의료 서비스에 대한 전체지급금으로 받습니다.
- 2 최초 3회 방문은 역년 의료 공제액을 충당하기 전에 가능하며, 이는 1차 진료 의사, 의사 왕진, 전문의, 족질환진료 서비스, Teladoc 상담, 긴급 치료, 침술, 정신 건강 외래 진료, 약물사용 장애 외래 진료 및 기타 의사 방문을 포함합니다. 이후의 방문은 역년 의료 공제액을 따릅니다.
- 3 최초 3회 방문은 역년 의료 공제액을 충당하기 전에 가능하며, 이는 1차 진료 의사, 의사 왕진, 족질환진료 서비스, Teladoc 상담, 긴급 치료, 침술, 정신건강 외래 진료, 약물사용 장애 외래 진료 및 기타 의사 방문을 포함합니다. 이후의 방문은 역년 의료 공제액을 따릅니다.
- 4 모든 처방 의약품은 역년 조제 공제액을 따릅니다.
- 5 모든 처방 의약품은 역년 의료 공제액을 따릅니다.
- 6 1단계에 속하지 않은 처방 의약품은 역년 조제 공제액에 따릅니다.
- 7 가족 보장에는 가족 공제액 내 개인 공제액이 있습니다. 가입자가 개인 공제액을 충당하고 나면 Blue Shield가 가족 플랜에 속한 개인 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액이 충족되면 Blue Shield가 모든 보장되는 가족 가입자의 혜택을 지급합니다. 가족 공제액은 2인 가족 가입자가 개인 공제액을 충당하거나, 3인 이상의 가입자가 조합하여 가족 공제액 한도에 도달한 경우에 충족됩니다.

## 질문이 있거나 가입 신청을 원하세요?

-  당사 가입 센터 [blueshieldcaplans.com/getblue](https://blueshieldcaplans.com/getblue)에 방문해주세요.
-  담당 중개인에게 문의하세요.

Blue Shield 또는 캘리포니아 주의 건강 플랜 마켓플레이스에 해당하는 Covered California([coveredca.com](https://coveredca.com))를 통해 Blue Shield 플랜에 가입 신청할 때 담당 중개인이 도와드릴 수 있습니다.

당사는 의료 플랜의 일부 또는 별도로 가입할 수 있는 치과 플랜, 안과 플랜,\* 및 생명보험 플랜\* 또한 제공하고 있습니다. 더욱 자세한 정보는 담당 중개인에게 문의하거나 [bsca.com/ifpspecialty2021](https://bsca.com/ifpspecialty2021)에 방문하세요.

\* Blue Shield of California Life & Health Insurance Company가 보증.