FRONTLINE HRO

effective strategies & customized coverage

Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de beneficios limitados y autofinanciado

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL PLAN: Tiene dos opciones de planes médicos. Puede registrarse en uno o en los dos. Hay más beneficios disponibles si se registra en el Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical).

1. Usted **DEBE** completar el Formulario de registro como parte de su proceso de nuevo empleado
2. Elija o decline todos los beneficios en el Formulario de registro
3. Usted **DEBE** Firmar y Fechar la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
4. Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
5. Guarde para sus archivos la página Beneficios a simple vista

Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

Para Participantes de California: Para registrarse en el Beneficio médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical Benefit), usted y sus dependientes deben tener una cobertura esencial mínima y estar registrados en una cobertura médica mayor.

ESTE PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD. NO ES UN SUBSTITUTO DE LA COBERTURA DE BENEFICIOS PARA LA SALUD ESENCIALES TAL COMO LO DEFINE LA LEY FEDERAL DE SALUD.

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista de Essential StaffCARE tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo las pólizas número 25.1204, 26.1214, 26.212 y 26.213. Los planes de seguro de vida, seguro por muerte accidental y pérdida de miembros y por discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo la póliza número 62.200.

El Plan MEC Wellness/Preventive es un plan que se autofinancia patrocinado por el empleador, que se ha considerado que cumple las reglas y reglamentos de la ACA. Hay más información sobre los servicios preventivos en esta página de internet del gobierno: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

Disponibilidad voluntaria electrónica de información resumida sobre salud para del Plan MEC Wellness/Preventive

Una copia del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") de Essential StaffCARE ("ESC") está disponible en el siguiente enlace: www.enrollment.care/info/sbcmec.

Mientras que usted puede tener otros planes de salud, este es el enlace para su plan de MEC con ESC. Este importante documento explica los términos y condiciones de su plan de salud, incluyendo elegibilidad, cantidades de cobertura y exclusiones junto con sus derechos y responsabilidades. En cualquier momento, puede solicitar copias en papel o revocar su consentimiento para la entrega electrónica, sin cargo, llamando al 1-866-798-0803.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

ESC Essential StaffCARE

B1 **2994003-BGV-3** SÓLO USO DE OFICINA LOCATION _____ Rehire Date __ __ /__ __ /__ __ __ __

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC CU(4EUSWb) P12M v23.1

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)

Nombre	Teléfono	
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Género H M
Dirección		Apt. #
Ciudad	Código Zip	Estado

B. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene Medicare?
☐ Sí ☐ No. Si contestó "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s):
1. 2.

C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Pagos bisemanales deducidos del cheque

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company.

SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA	PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA [1]		PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	ENFERMEDADES CRÍTICAS	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO [2]
	Plan 1	Plan 2					
☐ Solo empleado	**$31.96**	**$39.96**	**$10.80**	**$4.84**	**$1.20**	**$5.42**	**$8.40**
☐ Empleado + Hijo(s)	**$53.08**	**$66.33**	**$29.16**	**$13.08**	**$1.80**	**$5.50**	
☐ Empleado + Esposa/o	**$60.72**	**$75.92**	**$21.60**	**$9.68**	**$1.80**	**$9.98**	
☐ Empleado + Familia	**$80.88**	**$101.10**	**$41.04**	**$18.40**	**$3.60**	**$10.08**	
☐ **NO** a TODOS los beneficios	☐ Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ No Médico		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

[1] Cobertura no disponible a residentes de **NH, HI** o **PR.** [2] Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de **CA, HI, NJ, NY** o **RI.**

Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente. El seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente es parte del beneficio del plan médico de compensación fija.

Nombre Relación

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género H M	Relación
				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico
				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico

E. REGISTRO EN BENEFICIO DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE

82994003-M-BGV-3 **Pagos bisemanales deducidos del cheque**

Si se registra en el **Beneficio opcional de MEC Wellness/Preventive** podría quedar **DESCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Nota: La ley de atención económica y protección del paciente llamada "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) ya no pone castigos a nivel federal por no tener seguro; pero, investigue para ver si con su estado tiene castigos o requisitos específicos por no tener cobertura individual. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada semanal.

☐ **$26.84** Solo empleado ☐ **$30.36** Empleado + Hijo(s) ☐ **$32.76** Empleado + Esposa/o ☐ **$37.32** Empleado + Familia

☐ **NO** a MEC Wellness/Preventive

F. FIRMA REQUERIDA

DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA

Al firmar abajo, confirmo que leí el Resumen de beneficios y las Limitaciones y exclusiones de los planes de beneficios recomendados; que me ofrecieron una cobertura que cumple la ley ACA (MEC Wellness/Preventive) con fondos propios y que el período de registro está disponible por un tiempo limitado. También entiendo que no hacer una selección de beneficios es rechazar la cobertura y que la cobertura de beneficios sólo está disponible para empleados mayores de 18 años.

FECHA __ __ /__ __ /__ __ __ __ ▶ **FIRMA**

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Número de póliza **2994003-BGV-3**

BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

Para más detalles, vea el Resumen de descripción de su plan.

El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia.

Beneficios para servicios externos[1]	**Plan 1**	**Plan 2**	**Beneficios para servicios internos**	**Plan 1**	**Plan 2**
Consultas del doctor diarios (Virtual o En persona)	$60	$105	Atención estándar diarios	$300	$500
Diagnóstico (laboratorio) diarios	$75	$75	Máximo en la unidad de cuidados intensivos diarios[5]	$400	$600
Diagnóstico (rayos X) diarios	$150	$200	Cirugía internado diarios	$2,000	$2,000
Servicios de ambulancia diarios	$300	$300	Anestesia diarios	$400	$400
Terapia física, del habla y ocupacional diarios	$50	$50	Enfermeras especializadas diarios[6]	$100	$100
Beneficio de sala de emergencia - Por enfermedad diarios	$100	$200	Primera admisión al hospital (1 por año)	N/A	$250
Beneficio de sala de emergencia - Por accidente diarios[2]	$300	$500	Máximo anual para servicios internos[7]	No hay límite	No hay límite
Cirugía en servicios externos diarios	$500	$500	**Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente**		
Anestesia diarios	$200	$200	Empleado/Esposa/o	$20,000	$20,000
Máximo anual para servicios externos	$2,000	$2,000	Dependientes (de 6 meses a 26 años)	$5,000	$5,000
Recetas médicas (por reembolso)[3, 4]	**Plan 1**	**Plan 2**	Dependiente (de 15 días a 6 meses)	$2,500	$2,500
Máximo anual	$600	$600	**Atención para el bienestar**	**Plan 1**	**Plan 2**
Coseguro por medicinas genéricas/de marca	70%/50%	70%/50%	Atención para el bienestar (una vez al año)	$75	$100

[1] los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos [2]cubre el tratamiento para los accidents fuera del trabajo solamente [3]no está sujetos al máximo por servicios externos [4] Para presentar un reclamo para el reembolso, guarde el recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. [5] se paga además del beneficio para atención estándar [6] por centros especializados tras la hospitalización [7] Con sujeción a los límites internos del plan

BENEFICIOS DENTALES	**Período de espera/Coseguro**	**Beneficio anual máximo** $750 **Deducible** $50
Cobertura A	Nada/ 80%	Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales, y mordidas
Cobertura B	3 meses/ 60%	Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas
Cobertura C	12 meses/ 50%	Periodoncia, coronas, puentes, endodoncia y dentaduras postizas

BENEFICIO DE LA VISTA[1]	**En Red**		**Fuera de la Red**	
	Tu pagas	El plan paga	Tu pagas[3]	El plan paga
Examen de la vista para anteojos[1] (incluyendo dilatación)	$10 Copago	100%	100%	$35
Examen de lentes de contacto estándar (incluyendo el seguimiento)	Hasta $55	$0	100%	$0
Examen de lentes de contacto premium (incluyendo el seguimiento)	100%, después 10% del precio de venta	$0	100%	$0
Armazones (cada 24 meses)	80%, después $110 descuento	20% más $110	100%	$55
Prueba de lentes de contacto estándar (*visión regular, bifocales, o trifocales*)[1,2]	$25 Copago	100%	100%	$25-$55
Lentes de contacto (Convencional) (sólo el material)[1]	85% después $110 descuento	15% más $110	100%	$88
Lentes de contacto (Desechables) (sólo el material)[1]	100% después $110 descuento	$110 descuento	100%	$88
Lentes de contacto (Médicamente Necesarios) (sólo el material)[1]	$0 Copago	100%	100%	$200

[1] Cada 12 meses [2]$15 más en AK, CA, HI, OR, WA [3]Después del pago del plan

PRIMA BISEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS	**Plan 1**	**Plan 2**	**Plan dental**	**Vista**
Solo empleado	$31.96	$39.96	$10.80	$4.84
Empleado + Hijo(s)	$53.08	$66.33	$29.16	$13.08
Empleado + Esposa/o	$60.72	$75.92	$21.60	$9.68
Empleado + Familia	$80.88	$101.10	$41.04	$18.40

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Número de póliza **2994003-BGV-3**

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO

Para más detalles, vea el Resumen de descripción de su plan.

Para el empleado	$10,000 (baja a $7,500 a los 65 años y a $5,000 a los 70 años)	**Para los hijos (de 6 meses a 26 años)**	$5,000
Para la esposa/o	$5,000 (termina a los 70 años)	**Para bebés (de 15 días a 6 meses)**	$1,000

BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Cantidad del beneficio	60% de la paga base hasta $150 por semana
Período de espera/ Período máximo de los beneficios	7 días por lesión o enfermedad/hasta 26 semanas

BENEFICIO PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS

Limitación de condiciones preexistentes: 12/12 **Período de espera:** 30 días

El Seguro contra enfermedades críticas paga una cantidad total para el primer diagnóstico de la enfermedad crítica cubierta. Incluye un pago total del beneficio que usted puede usar como desee y cobertura de dependiente para la esposa/o y/o los hijos dependientes.

Ataque al corazón	100%	**Cantidad nominal de la póliza del empleado[1]**	$5,000
Cáncer invasivo	100%	**Cantidad para la esposa/o**	$3,750
Infarto	100%	**Cantidad para hijo(s)**	$2,500
Carcinoma in situ	25%		
Cáncer de la piel	$250		

[1]Si se selecciona cobertura para dependientes, la cobertura para la esposa/o paga el 75% de la Cantidad nominal de la póliza del empleado, y el 50% para cualquiera de los hijos

PRIMA BISEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS	Seguro de vida	STD	Enfermedades Críticas
Solo empleado	$1.20	$8.40	$5.42
Empleado + Hijo(s)	$1.80	-	$5.50
Empleado + Esposa/o	$1.80	-	$9.98
Empleado + Familia	$3.60	-	$10.08

BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE [1]

Número de póliza **82994003-M-BGV-3**

El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional **NO** cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades.

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Servicios preventivos para adultos	100%	40%
Servicios preventivos para mujeres	100%	40%
Servicios preventivos cubiertos para niños	100%	40%

[1] Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.healthcare.gov.

PRIMA BISEMANAL PARA MEC	MEC
Solo empleado	$26.84
Empleado + Hijo(s)	$30.36
Empleado + Esposa/o	$32.76
Empleado + Familia	$37.32

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Estas son las limitaciones y exclusiones estándar. Como podrían variar de un estado a otro, para ver una lista detallada de ellos, consulte el Resumen de descripción del plan (SPD).

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN FIJA PARA LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE O POR CUESTIONES MÉDICAS

No se pagarán beneficios por pérdidas causadas por o resultantes de:

- Lesiones hechas a sí mismo intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente
- Guerra declarada o sin declarar
- Servir en las Fuerzas Armadas a tiempo completo
- Un delito grave perpetrado por una persona cubierta por el Plan
- Enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo, ya sea que los beneficios se paguen o no bajo la Ley de compensación de empleados u otra similar; o
- En relación con el beneficio de la pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, no se pagarán beneficios por enfermedades físicas o mentales, ni por tratamientos médicos o quirúrgicos para dicha enfermedad, ni para infecciones bacterianas o virales sin importar cómo se contrajeron. Esto no incluye infecciones bacteriales que sean consecuencia natural y previsible de una lesión física accidental o la ingestión accidental de alimentos tóxicos.

No se pagarán beneficios por:

- Exámenes de la vista para prescribir lentes, cualquier tipo de anteojos y sus prescripciones
- Exámenes del oído y dispositivos para oír
- Tratamiento o atención dental que no sea la atención de las encías y los dientes naturales y sanos requerida para las lesiones que resulten de un accidente mientras la persona está cubierta por la póliza y se haga en los 6 meses siguientes al accidente
- Los servicios relacionados con cirugía cosmética, excepto la que necesite la persona cubierta para la reconstrucción de los senos después de una mastectomía o como resultado de un accidente que ocurra mientras está cubierta bajo esta póliza. Las cirugías cosméticas para lesiones accidentales se deben realizar dentro de los 90 días siguientes al accidente que causó la lesión y mientras la cobertura de esta persona sigue vigente
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Este Plan médico de compensación fija no está disponible para los residentes de Hawaii, New Hampshire o Puerto Rico.

RECETAS MÉDICAS

No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

PLAN DENTAL

El plan sólo pagará los procedimientos especificados en el Programa de procedimientos cubiertos de la póliza de grupo. Muchos de los procedimientos cubiertos bajo el plan tienen períodos de espera y limitaciones sobre la frecuencia en que los pagará el plan. Si desea más información sobre los procedimientos cubiertos o las limitaciones, vea el Resumen de descripción del plan.

PLAN DE LA VISTA

No se pagarán beneficios por materiales, procedimientos o servicios provistos bajo la Ley de compensación a los trabajadores u otra ley similar; anteojos sin receta, armazones para tales anteojos o lentes de contacto sin receta; materiales, procedimientos o servicios provistos por un familiar directo o por usted mismo; cobros por materiales, procedimientos o servicios en la medida que se puedan pagar bajo otro contrato de servicio o póliza de seguro válidos y cobrables, ya sea que se haga el reclamo por tales beneficios o no.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

En esta cobertura no se pagan beneficios en los casos siguientes:

- Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente
- Ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted o su esposa/o, su hijo o el hijo de su esposa/o, un hermano o padre ni una persona que viva en su casa
- Guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas
- Cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren durante el encarcelamiento debido a un delito grave
- Participar en un motín
- Participar en una ocupación ilegal
- Liberar energía nuclear
- Operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Estas limitaciones no se aplican mientras usted es pasajero de una aeronave con licencia, comercial y no militar, o
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que residen en California, Hawaii, New Jersey, New York o Rhode Island.

SEGURO DE VIDA DE GRUPO

No se pagarán beneficios de seguro de vida por muertes causadas por suicidio o autodestrucción, o intento de éstos, en los 24 meses posteriores a la fecha en que entró en vigor la cobertura del asegurado por la póliza.

ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía NO pagará la Cantidad del beneficio de una condición cubierta si: i. Tal condición cubierta no está cubierta por esta Póliza; ii. Tal condición cubierta ocurrió por primera vez cuando la Póliza no había entrado en efecto; iii. Tal condición cubierta fue diagnosticada por una persona que no era doctor; iv. Tal condición cubierta fue diagnosticada fuera de EE.UU., a menos que el diagnóstico sea confirmado en EE.UU.; v. Tal cirugía o condición cubierta se realizó fuera de EE.UU., a menos que se haya hecho en instalaciones o bases militares de EE.UU., o dentro de instalaciones o edificios del gobierno o del ejército de EE.UU.; o

vi. la fecha de nacimiento del asegurado, su edad o su sexo que aparecen en la Solicitud son incorrectas y, basándose en la fecha de nacimiento, la edad o el sexo, la Póliza no hubiera entrado en efecto o ya habría terminado.

Bajo esta Póliza, los pagos de las Cantidades de los beneficios están sujetos a los ajustes descritos en la provisiones de la Póliza, incluyendo, pero sin limitarse a, las provisiones del Período límite para ciertas defensas, Errores en la declaración de la edad o el sexo, Conciliación y arbitraje y Período de gracia.

Si el Asegurado tiene 60 años o más en la Fecha efectiva de la póliza, la Cantidad inicial del beneficio se reducirá en un 50% la fecha del quinto aniversario de la Fecha efectiva de la póliza. En el resto de los casos, la Cantidad del beneficio se reducirá en un 50% cuando el Asegurado cumpla los 65 años. Después de esta reducción, la cantidad del

beneficio para una Categoría será del 50% del beneficio que quedaba en tal categoría el día anterior a esta reducción.

El seguro del Asegurado terminará la fecha en que acontezca primero una de estas cosas: i. el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado deja de ser miembro de la clase elegible para la cobertura, tal como se muestra en la Programación; ii. al final del último período para el cual se hizo el pago de las primas a la Compañía; iii. la fecha en que termina la Póliza; iv. el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado se retira o es pensionado; v. para los Asegurados que trabajan para empleadores con menos de 20 empleados en un día de trabajo típico del Año calendario anterior, él último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado llega a los 70 años de edad; vi. él último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado termina su empleo; o vii. la fecha en la que se pague el beneficio máximo en las tres categorías.

El seguro del Dependiente terminará la fecha en que suceda primero una de estas cosas: i. la fecha en que termina la cobertura del Asegurado; ii. al final del último período para el cual se hizo el pago de las primas a la Compañía; iii. la fecha en que el Dependiente deje de cumplir la definición de "Dependiente", tal como lo define la Póliza; o

iv. la fecha en que la Póliza se modifique para excluir la cobertura del Dependiente. v. la fecha en la que se pague el beneficio máximo en las tres categorías. vi. La Compañía tendrá el derecho de terminar la cobertura de toda Persona cubierta que presente un reclamo fraudulento bajo esta Póliza.

La Póliza, y la cobertura de los Asegurados bajo esta Póliza, podría terminar en las condiciones que se describen abajo.

El Asegurado podría terminar la cobertura de la Póliza dando un aviso por escrito a la Compañía. El Término será efectivo la fecha que acontezca la última de estas cosas: i. la fecha en que recibimos el aviso; o ii. la fecha en que se solicitó el término.

Después de la fecha del primer aniversario de la Póliza, al Compañía podría terminar, total o parcialmente, el seguro ofrecido por la Póliza, en una fecha en que se deban pagar las primas, dando un aviso por escrito al Asegurado, por lo menos 60 días antes de la fecha de término.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensacion fija, visite *https://enrollment.care/info/bcs/ind/*. Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite *https://enrollment.care/info/bcs/mmdp*. El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

NOTA: Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Su Compañía decidió tomar sus deducciones **después de descontarle los impuestos.**

Servicio al cliente de Essential StaffCARE: 1-866-798-0803

- Después de registrarse, los miembros pueden llamar a este teléfono para preguntar sobre la cobertura de su plan, su tarjeta de identificación, el estatus de un reclamo y los folletos de las pólizas y para agregar, cambiar o cancelar la cobertura.
- El Centro de llamadas de Servicio al cliente está abierto de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. tiempo del este. Hay representantes bilingües.
- Además, los miembros pueden visitar *www.paisc.com* y hacer clic en "Members."