

**+ SOLICITUD DE INSCRIPCION MEDICA/DENTAL/VISION**

**Correo Electrónico:** applications@mediexcel.com      **Teléfono:** (619) 421-1659      **www.mediexcel.com**

\*\*\*HR, PLEASE FILL-IN SHADED AREA OF APPLICATION BELOW\*\*\*

<input type="checkbox"/> <b>New Group</b> <input type="checkbox"/> <b>Renewal</b> <input type="checkbox"/> <b>New Hire</b> <input type="checkbox"/> <b>Add Dependent</b> <b>Group Name or Number:</b> _____ <b>Effective Date:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Personal Information Update</b>	<input type="checkbox"/> <b>Term Employee</b> <input type="checkbox"/> <b>Term Dependent (s) Only</b> <b>Term Effective Date:</b> _____ <b>Reason for Term:</b> <input type="checkbox"/> <b>Voluntary</b> <input type="checkbox"/> <b>Involuntary</b> <input type="checkbox"/> <b>Death</b> <input type="checkbox"/> <b>Seasonal</b> <input type="checkbox"/> <b>Dissatisfied</b>
---	--


**INFORMACION DEL EMPLEADO**

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Domicilio	Ciudad	Estado
	Código Postal	País
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Número de Seguro Social	Número Telefónico Principal
		Número Telefónico de Emergencia

**FAVOR DE ESCRIBIR CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica	Seleccione tu Plan <input type="checkbox"/> Médico _____ <input type="checkbox"/> Dental _____ <input type="checkbox"/> Visión	Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	Región de Preferencia <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali
---	---	--	--

Descarga la App Móvil de MediExcel de Google Play o la Apple App store



**INFORMACION DE DEPENDIENTES – SI DESEAS COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES, FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE SECCION. AGREGA OTRA HOJA SI ES NECESARIO.**

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Identidad de Género	Número de Seguro Social	Seleccione tu Plan
Espos(a)/Pareja Domestica			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión

**COBERTURA MEDICA ADICIONAL**

**FIRMA REQUERIDA:** Al firmar esta solicitud, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones, y con el acuerdo de arbitraje indicado a continuación.

- A. En representación de mi persona y de mis dependientes, por la presente, yo presento una solicitud de cobertura para los servicios médicos ofrecidos por MediExcel Health Plan a través de mi empleador, y accedo a ser obligado por el Contrato del Grupo (*MediExcel Health Plan Group Subscriber Agreement*) el Documento Combinado de Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación, y esta Solicitud de Inscripción.
- B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta.
- C. Certifico que yo y mis dependientes inscritos (*si aplica*) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a México para recibir servicios médicos.
- D. **ARBITRAJE OBLIGATORIO:** Entiendo que MediExcel Health Plan utiliza arbitraje obligatorio para resolver disputas. Yo acepto el arbitraje de reclamaciones que se relacione conmigo o con la afiliación de un dependiente en MediExcel Health Plan (*excepto en casos de tribunales de demandas de menor cuantía y reclamaciones que no pueden quedar sujetas a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes vigentes*). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras personas asociadas, por una parte, y MediExcel Health Plan, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por otra parte, por violaciones presuntas de cualquier obligación que surja de la afiliación en el Plan de salud o que se relacione con esta, incluso cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (*una reclamación manifestando que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, o que se brindaron de la manera inapropiada, negligente o incompetente*) responsabilidad civil en las instalaciones, o relacionada con la cobertura o suministro de servicios o artículos, independientemente de los principios de derecho, se debe decidir por arbitraje obligatorio bajo las leyes de California y no por un juicio o instancia a un proceso judicial, excepto como la ley disponga la revisión judicial de procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho de tener un juicio ante jurado y acepto someterme a arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje se encuentra en el Documento de Constancia de Cobertura de MediExcel Health Plan, la cual está disponible para que yo lo revise.
- E. Prefiero recibir Documentos de mi Plan, (*EOC, SBC, Formulario de Impuestos, etc.*) Avisos, y Encuestas, en formato electrónico digital, en lugar de una copia impresa de MediExcel Health Plan, comenzando a más tardar el 1/1/2022. Entiendo que tengo derecho a cambiar esta preferencia en cualquier momento y por cualquier motivo comunicándome con Servicio al Miembro.

Firma del Empleado X \_\_\_\_\_ Fecha X \_\_\_\_\_

\*\*\*LA LEY DE CALIFORNIA PROHIBE A LOS PLANES DE SALUD EL SOLICITAR O UTILIZAR UNA PRUEBA DEL VIH COMO UNA CONDICION PARA OBTENER COBERTURA MEDICA\*\*\*