



**+ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN MÉDICA/DENTAL/VISIÓN**

**Envía solicitud completa a:** applications@mediexcel.com      **Para preguntas llama al:** (619) 421-1659

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

<input type="checkbox"/> New Hire	<input type="checkbox"/> Existing Employee	<input type="checkbox"/> Adding Dependent	<input type="checkbox"/> Term Employee	<input type="checkbox"/> Term Dependent (s) Only
<b>Group Name or Number:</b> _____		<input type="checkbox"/> Personal Information Update	<b>Term Effective Date:</b> _____	
<b>Date of Hire:</b> _____ <i>(enrollment must align with waiting period)</i>		<input type="checkbox"/> Qualifying Event <i>(proof may be required)</i>	<b>Reason for Term:</b> <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Involuntary	
		<b>Date of Qualifying Event:</b> _____	<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Dissatisfied	

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)			
Domicilio	# de Departamento	Ciudad	Estado	Cód. Postal	País

¿Tu o tus dependientes tienen alguna otra cobertura médica?    Empleado     Si     No    Dependientes     Si     No    Si es así, contesta a continuación:  
 Nombre de seguro: \_\_\_\_\_    Número de miembro: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONA CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TU PLAN:** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____	<b>Identidad de Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	<b>Me Estoy Inscribiendo en el Plan</b> <input type="checkbox"/> Médico _____ <input type="checkbox"/> Dental _____ <input type="checkbox"/> Visión _____	<b>Idioma de Preferencia</b> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	<b>Región de Preferencia</b> <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali
Teléfono Principal: ( ) - _____					
Teléfono de Emergencia: ( ) - _____					

**INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE SECCIÓN. AGREGA HOJAS SI ES NECESARIO.**

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Identidad de Género	Número de Seguro Social	Selecciona el Plan
Espos(a)/Pareja Doméstica			<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

**CONFIRMACIÓN**

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

- A. En representación de mi persona y de mis dependientes, 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 Grupal, (*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 atención médica.
- D. **ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO: Entiendo** que MediExcel Health Plan utiliza arbitraje vinculante obligatorio para resolver disputas. **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 vinculante obligatorio de acuerdo con las leyes vigentes.*) **Entiendo** que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, y MediExcel Health Plan, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas por la supuesta violación de cualquier deber que surja o que esté relacionado con la membresía en el plan de salud, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (*un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inapropiada, negligente o incompleta*) por la responsabilidad de las instalaciones, o en relación con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. **Estoy de acuerdo** en renunciar a nuestro derecho de tener un juicio ante jurado y acepto someterme a un arbitraje vinculante. **Entiendo** que la disposición completa sobre el arbitraje se encuentra en el Documento de Constancia de Cobertura de MediExcel Health Plan, el cual está disponible para mi revisión.
- E. A partir del 01/01/2022, prefiero recibir todo Documento de mi Plan de MediExcel Health Plan, (*EOC, SBC, Formulario de Impuestos, Acumulación de Gastos de Bolsillo y Balance de Deducibles, etc.*) Avisos y Encuestas, en formato electrónico digital, en lugar de una copia impresa. 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 \_\_\_\_\_