

MEDICAL/DENTAL COVERAGE ENROLLMENT FORM



TEL: 619.365.4346
 Info@MediExcel.com
 www.MediExcel.com

▼ **HR, Please Fill-In Shaded Area of This Application** ▼

Open Enrollment New Hire Rehire

Employer Group Name

Effective Date Month/Year

▼ **EMPLOYEE INFORMATION** ▼

Last Name

First Name

Birthdate (MM/DD/YYYY)

Street Address

City

State

Zip Code

Country

Sex

M F

Social Security #

Phone Number

(____) _____ - _____

Email Address

Marriage Status

Single
 Married
 Domestic Partnership

Currently on Medi-Cal?

Employee Yes No
 Dependent(s) Yes No

Select your Plans

Medical Only
 Dental Only
 Medical and Dental

Preferred Language

Spanish
 English
 Other _____

Preferred Region

Tijuana
 Mexicali

DEPENDENT INFORMATION IF YOU ARE COVERING YOUR DEPENDENTS, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION. ATTACH

▼ **ANOTHER SHEET IF NEEDED** ▼

Last Name

First Name

Birthdate

Sex M/F

Social Security Number

Select your Plans

Spouse/Domestic Partner

Medical Dental Both

Dependent

Medical Dental Both

Dependent

Medical Dental Both

Dependent

Medical Dental Both

Dependent

Medical Dental Both

▼ **OTHER MEDICAL COVERAGE** ▼

Do you or your dependents intend to continue other Medical Coverage if the application is approved?

Yes No (If Yes, complete the following) Self Spouse Dependent

Name of Insured

Name of Other Insurance Company

Group No./ Policy No.

SIGNATURE REQUIRED. By signing below, I acknowledge that I have read, understand and agree to the terms and arbitration agreement stated below.

- A. On behalf of myself and my eligible Dependents, I hereby apply for health care services coverage offered by MediExcel Health Plan through my Employer, and agree to be bound by the MediExcel Health Plan Group Subscriber Agreement, Evidence of Coverage and Disclosure Form, and this Enrollment Form.
- B. I attest the information provided in this application is true and complete.
- C. I attest that I and my enrolling dependents (if applicable) have the necessary border crossing documents to cross into Mexico to access healthcare.
- D. **MANDATORY BINDING ARBITRATION.** I understand that MediExcel Health Plan uses mandatory binding arbitration to resolve disputes. I am agreeing to arbitrate claims that relate to my or a dependent's membership in MediExcel Health Plan (except for Small Claims Court cases and claims that cannot be subject to binding arbitration under governing law). I understand that any dispute between myself, my heirs, relatives, or other associated parties on the one hand and MediExcel Health Plan, any contracted health care providers, administrators, or other associated parties on the other hand for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in the Health Plan, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is in the MediExcel Health Plan Evidence of Coverage, which is available for my review.

Employee Signature **X** _____ Date **X** _____

*** CALIFORNIA LAW PROHIBITS AN HIV TEST FROM BEING REQUIRED OR USED BY HEALTHCARE SERVICE PLANS AS A CONDITION OF OBTAINING HEALTH COVERAGE. ***

FORMA DE INCRIPCION MEDICA/DENTAL



TEL: 619.365.4346
Info@MediExcel.com
www.MediExcel.com

▼ **HR, Favor de completar el área sombreada de esta aplicación** ▼

Periodo de Inscripción
 Nuevo Ingreso
 Reingreso

Nombre del Empleador

Fecha Efectiva (Mes/Año)

▼ Información del Empleado ▼

Apellido Paterno

Nombre

Fecha Nac. (Mes/Día/Año)

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

País

Sexo

M F

Número de Seguro Social

Teléfono Principal

Fecha Nac. (Mes/Día/Año)

Estado Civil

Soltero/a
 Casado/a
 Pareja Domestica

Cuenta con Medi-Cal?

Empleado Sí No
 Dependiente Sí No

Seleccione Su Plan

Solo Medico
 Solo Dental
 Medico y Dental

Idioma de Preferencia

Español
 Inglés
 Otro _____

Región de Preferencia

Tijuana
 Mexicali

INFORMACION DE DEPENDENTE(S) SI QUIERE COBERTURA PARA SUS DEPIEDIENTES, POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION.

▼ AGREGAR OTRA HOJA SI ES NECESARIO ▼

Apellido

Nombre

Fecha Nac

Sexo

Número de Seguro Social

Seleccione su Plan

Pareja Domestica/ Esposo/a

Medico Dental Ambos

Dependiente

Medico Dental Ambos

Dependiente

Medico Dental Ambos

Dependiente

Medico Dental Ambos

Dependiente

Medico Dental Ambos

▼ COBERTURA MEDICA ADICIONAL ▼

¿Tiene usted o sus dependientes algún tipo de Cobertura Médica que piensen seguir manteniendo?

Sí No (En caso de sí, por favor complete lo siguiente)
 Yo mismo
 Cónyuge
 Dependiente

Nombre del Asegurado

Nombre de la Compañía de Seguro

Numero de Grupo/Numero de Póliza

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

- A. En representación de mi persona y de mis dependientes elegibles, 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 Forma de Inscripción.
- B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta.
- C. Certifico que yo y mis dependientes inscritos (si es que aplica) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a México para recibir servicios médicos.
- D. ARBITRAJEE OBLIGATORIO. Entiendo que, MediExcel Health Plan utiliza arbitraje obligatorio para resolver disputas. Yo acepto el arbitraje de reclamaciones que se relacionen conmigo o con la afiliación de un dependiente en MediExcel Health Plan (excepto los casos de los tribunales de demandas de menor cuantía y las 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 partes 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, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, o que se brindaron de manera inapropiada, negligente o incompetente), por 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 juicio o instancia a un proceso judicial, excepto como la ley aplicable disponga la revisión judicial de procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro a 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, que se encuentra disponible para que yo lo revise.

Firma del Empleado **X** _____ Fecha **X** _____

***LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE A LOS PLANES DE SALUD SOLICITAR O UTILIZAR UNA PRUEBA DEL VIH COMO UNA CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA ***