



+ MEDICAL/DENTAL COVERAGE ENROLLMENT FORM

Telephone: (619) 421•1659 E-mail: applications@mediexcel.com Web: www.mediexcel.com	* HR, please fill-in shaded area of this application* <input type="checkbox"/> Open Enrollment <input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Rehire <input type="checkbox"/> Termination <input type="checkbox"/> Dependent Termination		
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Employer Group Name or Number</td> <td>Effective Date Month/Year</td> </tr> </table>	Employer Group Name or Number	Effective Date Month/Year
Employer Group Name or Number	Effective Date Month/Year		

EMPLOYEE INFORMATION

Last Name		First Name		Birthdate (MM/DD/YYYY)	
Street Address		City	State	Zip Code	Country
Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security # ____ • ____ • ____	Telephone Number (____) ____ • ____		Emergency Telephone Number (____) ____ • ____	
Marriage Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Domestic Partnership	Select Your Plans <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Buy up <input type="checkbox"/> Dental	Preferred Language <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> English		Preferred Region <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali	

DEPENDANT INFORMATION – IF YOU ARE COVERING YOUR DEPENDENTS, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION. ATTACH ANOTHER SHEET IF NEEDED.

Last Name	First Name	Birthdate	Sex M/F	Social Security #	Select Your Plans
Spouse/Domestic Partner					<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Term
Dependent					<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Term
Dependent					<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Term
Dependent					<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Term
Dependent					<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Term

OTHER MEDICAL COVERAGE

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 service 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 incompletely 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 ANY HIV TEST FROM BEING REQUESTED OR USED BY HEALTHCARE SERVICE PLANS AS A CONDITION OF OBTAINING HEALTH COVERAGE

+ SOLICITUD DE INSCRIPCION MEDICA/DENTAL

Teléfono: (619) 421•1659 E-mail: applications@mediexcel.com Página Web: www.mediexcel.com	* Recursos Humanos, favor de completar el área sombreada de esta solicitud* <input type="checkbox"/> Periodo de Inscripción <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Terminación de Dependiente		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">Nombre o Número del Empleador</td> <td style="width: 40%; border: none;">Fecha Efectiva (Mes/Año)</td> </tr> </table>	Nombre o Número del Empleador	Fecha Efectiva (Mes/Año)
Nombre o Número del Empleador	Fecha Efectiva (Mes/Año)		

INFORMACION DEL EMPLEADO

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal País
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social ____ • ____ • ____	Número Telefónico Principal (____) ____ • ____	Número Telefónico de Emergencia (____) ____ • ____
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica	Seleccione su Plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> aumento de categoría <input type="checkbox"/> Dental	Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés	Región de Preferencia <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali

INFORMACION DE DEPENDIENTE – SI DESEA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES, FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE SECCION. AGREGUE OTRA HOJA SI ES NECESARIO.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Seleccione su Plan
Esposo(a)/Pareja Domestica					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Term
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Term
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Term
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Term
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Term

COBERTURA MEDICA ADICIONAL

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 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 medica 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 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 subministro 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 aplicable 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.

Firma del Empleado X _____ Fecha X _____

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