

+ 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

New Group
 Renewal
 New Hire
 Add Dependent

Group Name or Number: _____

Effective Date: _____

Personal Information Update

Term Employee
 Term Dependent (s) Only

Term Effective Date: _____

Reason for Term:
 Voluntary
 Involuntary

Death
 Seasonal
 Dissatisfied

INFORMACION DEL EMPLEADO

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Domicilio	Ciudad	Estado	País
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Me identifico como:	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 su 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 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"/> Visión
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente					<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión
Dependiente					<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, 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 EL SOLICITAR O UTILIZAR UNA PRUEBA DEL VIH COMO UNA CONDICION PARA OBTENER COBERTURA MEDICA