



+ MEDICAL/DENTAL/VISION COVERAGE ENROLLMENT FORM

E-mail: applications@mediexcel.com **Telephone:** (619) 421-1659 **www.mediexcel.com**

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

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

EMPLOYEE INFORMATION

Last Name		First Name		Birthdate (MM/DD/YYYY)	
Street Address		City	State	Zip Code	Country
Gender Identity <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary	Social Security # _____._____._____	Telephone Number (____) _____._____		Emergency Telephone Number (____) _____._____	

Please provide e-mail to receive carrier updates: _____

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"/> Dental _____ <input type="checkbox"/> Vision _____	Preferred Language <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> English	Preferred Region <input type="checkbox"/> Tijuana <input type="checkbox"/> Mexicali	Download the MediExcel App from Google Play or the Apple App store!
--	---	--	---	---

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

Last Name	First Name	Birthdate	Gender	Social Security #	Select Your Plans
Spouse/Domestic Partner			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary		<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Dependent			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary		<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Dependent			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary		<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision
Dependent			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary		<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision

OTHER MEDICAL COVERAGE

SIGNATURE REQUIRED: By signing below, I acknowledge 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 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 that the information provided in this application is true and complete.
- C. I attest that I and my enrolling dependents (*if applicable*) have the necessary travel 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, and MediExcel Health Plan, any contracted health care providers, administrators, or other associated parties 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.
- E. I agree to receive Plan Documents, Notices, (*EOC, SBC, Tax Forms*) Announcements, Surveys, in an electronic digital format rather than a hard copy from MediExcel Health Plan, starting no later than 1/1/2022. I understand I have the right to change this preference at any time for any reason by contacting Member Services.

Employee Signature X _____ Date X _____

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

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
Esposo(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