+ MEDICAL/DENTAL/VISION COVERAGE ENROLLMENT FORM

E-mail completed application to: applications@mediexcel.com **For questions call:** (619) 421-1659

HR, PLEASE FILL IN SHADED AREA BELOW

☐ New Hire ☐ Existing Employee

Group Name or Number:

Date of Hire: ____________________
(enrollment must align with waiting period)

☐ Adding Dependent
☐ Personal Information Update
☐ Qualifying Event *(proof may be required)*
Date of Qualifying Event: ____________

☐ Term Employee ☐ Term Dependent (s) Only
Term Effective Date: ______________
Reason for Term: ☐ Voluntary ☐ Involuntary
☐ Death ☐ Seasonal ☐ Dissatisfied

EMPLOYEE INFORMATION

Last Name		First Name	Date of Birth (MM/DD/YYYY)		
Street Address	Apt. #	City	State	Zip Code	Country

Do you or any of your dependents have any other health coverage? Employee ☐ Yes ☐ No Dependents ☐ Yes ☐ No If yes, please answer below:

Name of insurance company: ____ Member Number: ____

Please provide your e-mail to receive plan updates:____

Social Security #: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ Telephone #: ( ) - Emergency Telephone #: ( ) -	**Gender Identity**	**Marriage Status**	**Enrolling In**	**Preferred Language**	**Preferred Region**
	☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary	☐ Single ☐ Married ☐ Domestic Partnership	☐ Medical ________ ☐ Dental ________ ☐ Vision	☐ Spanish ☐ English	☐ Tijuana ☐ Mexicali

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

Last Name	First Name	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Gender	Social Security #	Select Your Plans
Spouse/Domestic Partner			☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary		☐ Medical ☐ Dental ☐ Vision
Dependent			☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary		☐ Medical ☐ Dental ☐ Vision
Dependent			☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary		☐ Medical ☐ Dental ☐ Vision
Dependent			☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary		☐ Medical ☐ Dental ☐ Vision

ACKNOWLEDGMENT

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 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, Out-of-Pocket Accrual & Deductible Balances*) 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 ________________________________

CALIFORNIA LAW PROHIBITS ANY HIV TEST FROM BEING REQUESTED OR USED BY HEALTHCARE SERVICE PLANS AS A CONDITION FOR OBTAINING HEALTH COVERAGE

+ 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

☐ **New Hire** ☐ **Existing Employee**	☐ **Adding Dependent**	☐ **Term Employee** ☐ **Term Dependent (s) Only**
Group Name or Number:	☐ **Personal Information Update**	**Term Effective Date:**________________
Date of Hire: ____________________ *(enrollment must align with waiting period)*	☐ **Qualifying Event** *(proof may be required)*	**Reason for Term:** ☐ **Voluntary** ☐ **Involuntary**
	Date of Qualifying Event: ____________	☐ **Death** ☐ **Seasonal** ☐ **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:	**Identidad de Género**	**Estado Civil**	**Me Estoy Inscribiendo en el Plan**	**Idioma de Preferencia**	**Región de Preferencia**
__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐ Masculino	☐ Soltero/a	☐ Médico _________	☐ Español	☐ Tijuana
Teléfono Principal: ( ) -	☐ Femenino	☐ Casado/a	☐ Dental _________	☐ Inglés	☐ Mexicali
Teléfono de Emergencia: ( ) -	☐ No Binario	☐ Pareja Doméstica	☐ Visión		

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
Esposo(a)/Pareja Doméstica			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión
Dependiente			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario		☐ Médico ☐ Dental ☐ 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 ____________________________

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