



MEDICAL/DENTAL/VISION COVERAGE ENROLLMENT FORM

HR, PLEASE FILL IN SHADED AREA AND EMAIL COMPLETED APPLICATION TO APPLICATIONS@MEDIEXCEL.COM

<input type="checkbox"/> New Hire	<input type="checkbox"/> Existing Employee	<input type="checkbox"/> Adding Dependent	<input type="checkbox"/> Term Employee	<input type="checkbox"/> Term Dependent (s) Only
Group Name or Number:		<input type="checkbox"/> Personal Information Update	Term Effective Date: _____	
Date of Hire: _____ (enrollment must align with waiting period)		<input type="checkbox"/> Qualifying Event (proof may be required)	Reason for Term: <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Involuntary	
		Date of Qualifying Event: _____	<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Dissatisfied	

EMPLOYEE INFORMATION (**ALL FIELDS REQUIRED**)

Last Name		First Name		Date of Birth (MM/DD/YYYY)		
Address		Apt. #	City	State	Zip Code	Country
E-Mail Address				<input type="checkbox"/> I understand that all communication, including documents and/or notices regarding my health plan coverage, are sent electronically, and as such, I am required to provide a valid and current e-mail address.		

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

Name of other insurance company: _____ Member Number: _____

Social Security # _____-_____-_____	Gender Identity <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary	Marital Status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Domestic Partnership	Enrolling in <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 <input type="checkbox"/> Tecate
Telephone # () - -					
Emergency Telephone # () - -					

DEPENDENT INFORMATION – IF YOU ARE ADDING DEPENDENTS TO YOUR POLICY, PLEASE COMPLETE THE SECTION BELOW. IF MORE SPACE IS NEEDED, PLEASE ATTACH ANOTHER SHEET.

Last Name	First Name	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	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

ACKNOWLEDGMENT

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

- 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.
- I attest the information provided in this application is true and complete.
- I attest that I and my enrolling dependents (if applicable) have the necessary travel documents to cross into Mexico to access healthcare.
- 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.
- By signing this enrollment form, I agree to receive all Plan Documents, Notices, (EOC, SBC, Tax Forms, Out-of-Pocket Accrual & Deductible Balances) in electronic form, as well as announcements, surveys and/or appointment reminders via e-mail or text. I understand I have the right to change this preference at any time 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

HR, PLEASE FILL IN SHADED AREA AND EMAIL COMPLETED APPLICATION TO APPLICATIONS@MEDIEXCEL.COM					
<input type="checkbox"/> New Hire	<input type="checkbox"/> Existing Employee	<input type="checkbox"/> Adding Dependent	<input type="checkbox"/> Term Employee	<input type="checkbox"/> Term Dependent (s) Only	
Group Name or Number:		<input type="checkbox"/> Personal Information Update	Term Effective Date: _____		
Date of Hire: _____ (enrollment must align with waiting period)		<input type="checkbox"/> Qualifying Event (proof may be required)	Reason for Term: <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Involuntary		
		Date of Qualifying Event: _____	<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Dissatisfied		
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (**FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS**)					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Domicilio		# de Departamento	Ciudad	Estado	Cód. Postal País
Correo Electrónico		<input type="checkbox"/> Entiendo que toda comunicación, incluso todo documento y / o aviso referente a mi cobertura, son enviados de forma electrónica, y como tal, MediExcel requiere que comparta un correo electrónico válido y actual.			
¿Tu o tus dependientes tienen alguna otra cobertura médica? Empleado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, contesta a continuación:					
Nombre de seguro: _____		Número de miembro: _____			
# de Seguro Social	Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Deseo Inscribirme En el 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 <input type="checkbox"/> Tecate
# de Teléfono Principal () -					
# de Teléfono de Emergencia () -					
INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES – LLENA LA SIGUIENTE SECCIÓN PARA AGREGAR DEPENDIENTES A TU POLIZA.					
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Identidad de Género	# de Seguro Social	Selecciona el Plan
Espos(a)/Pareja Doméstica			<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
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.					
<p>A. En representación de mi persona y de mis dependientes, presento una solicitud de cobertura para los beneficios ofrecidos por MediExcel Health Plan a través de mi empleador, y accedo a cumplir con el Contrato Grupal, (Group Subscriber Agreement) el Documento Combinado de Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación, y esta Solicitud de Inscripción.</p> <p>B. Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta, y que yo y mis dependientes inscritos (si aplica) contamos con la documentación válida para cruzar la frontera a MÉXICO para recibir atención médica.</p> <p>C. ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO: Entiendo que MediExcel Health Plan utiliza el arbitraje vinculante para resolver disputas. Yo y mis dependientes aceptamos resolver toda reclamación relacionada con nuestra cobertura bajo MediExcel Health Plan por medio del arbitraje vinculante, excepto en casos de tribunales de demandas de menor cuantía y aquellas que no se puedan sujetar al arbitraje vinculante según 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 cuando 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 dentro del Documento de Constancia de Cobertura de MediExcel Health Plan, el cual está disponible para mi revisión.</p> <p>D. Al firmar esta solicitud de inscripción, acepto recibir todo documento o aviso de mi Plan de MediExcel Health Plan, (EOC, SBC, Formulario de Impuestos, Acumulación de Gastos de Bolsillo y Balance de Deducibles, etc.) en formato electrónico digital, al igual que anuncios, encuestas y/o recordatorios de citas por correo electrónico y/o mensaje de texto. Entiendo que tengo derecho a cambiar esta preferencia en cualquier momento comunicándome con Servicio al Miembro.</p>					
Firma del Empleado X _____			Fecha (MM/DD/AAAA) X _____		
LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA PROHIBE A LOS SEGUROS DE SALUD EL SOLICITAR O UTILIZAR UNA PRUEBA DE VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA					