



# FORMA DE INSCRIPCION

PLAN DENTAL Y MEDICO

APELLIDO		NOMBRE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO	
ZONA POSTAL		TELEFONO (CASA O MENSAJE)		FECHA DE NACIMIENTO	
( )		DD / MM / AA		<input type="checkbox"/> SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> CASADO	
NOMBRE DE LA EMPRESA		IDIOMA DE PREFERENCIA		<input type="checkbox"/> OTRO	
Imperial UDWA (Group #520)		<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL		_____	

- \* Debe firmar y fechar la aplicación.
- \* Tenga en cuenta que todos los beneficios de seguro (excepto para verdaderas emergencias) deben ser recibidas en instalaciones de SIMNSA en Mexicali (México).
- \* SIMNSA tiene muchos doctores que hablan Inglés y Español.
- \* Este plan es ofrecido al Proveedor de IHSS y no a sus dependientes.
- \* La deducción mensual de la nómina para este plan es de \$ 20 al mes y se deducirá de su cheque emitido por el estado de California una vez al mes.

Al solicitar afiliación como miembro de Sistemas Médicos Nacionales, S. A. para mí y miembros de mi familia que sean elegibles, acepto lo siguiente:

- 1.- Todos servicios de rutina debe ser proporcionados por los proveedores de Simnsa únicamente, excepto emergencias que pongan en riesgo la vida del paciente.
- 2.- No deben prestar su tarjeta de membresía a personas no cubiertas por este Plan, porque haciéndolo quedará sujeto a cancelación inmediata y cargos penales.
- 3.- Estoy de acuerdo que Sistemas Médicos Nacionales, S. A. obtenga información médica acerca de las personas que se incluyen en esta solicitud para fines administrativos.
- 4.- Certifico que la información de esta solicitud es verídica y correcta y que entiendo perfectamente los beneficios y reglamentos de este Plan de salud.
- 5.- Este Plan usa el arbitraje atado exclusivamente para asentar toda disputa que surja bajo este Acuerdo. Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia si en caso de que algún servicio médico rendido bajo este contrato sea innecesario, no autorizado, inapropiado, negligente o incompetentemente rendido, será determinado por la sumisión al arbitraje como es proporcionado por la ley de California, y no por un pleito o un proceso tribunal excepto como la ley de California estipula para la revisión judicial de actos de arbitraje. Ambos partidos al aceptar este contrato rinde su derecho constitucional para tener cualquier disputa decidida en un tribunal de la ley ante un jurado, y en lugar aceptar el uso del arbitraje. Para más información favor de referirse a su Constancia de Cobertura y Elegibilidad (CCE).

**\*HR please fill in for Plan\***

Effective Date: \_\_\_\_\_

New Hire Hire Date: \_\_\_\_\_

Re-Hire Re-Hire Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA