



NOTICE FOR COMMUNICATING CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION

MediExcel Health Plan protects the confidentiality of all adult enrollees as well as those enrollees who are 12 years of age and above, (known as “Protected Enrollees”) who have the right to consent to care regarding sensitive health care services. Upon request by an enrollee, MediExcel Health Plan will not disclose the Protected Enrollees sensitive health care information to the Primary Subscriber or other Enrollees, including: (1) Mental health treatment or counseling services on an outpatient basis; (2) prevention or treatment of pregnancy; (3) treatment of an infectious, contagious, or communicable disease; (4) diagnosis or treatment of a disease, if the disease or condition is one that is required by law, or regulation adopted pursuant to law to be reported to a local health officer, or is a related sexually transmitted disease; (5) treatment of a condition, and the collection of medical evidence with regard to an alleged sexual assault; (6) medical care and counseling relating to the diagnosis and treatment of a drug or alcohol-related problem; (7) medical care related to the diagnosis or treatment of an injury and the collection of medical evidence with regard to alleged intimate partner violence; and, (8) an HIV test.

This protection of confidentiality includes: (1) not having to obtain the primary subscriber’s authorization to receive sensitive health care services or to submit a claim for sensitive health care services; (2) communicating directly with the “Protected Enrollee”; (3) permitting and accommodating requests from the “Protected Enrollees” for confidential communication in the form and format requested; and, (4) not disclosing medical information related to sensitive health care services provided to a “Protected Enrollee” to the primary subscriber or any enrollees other than the enrollee receiving care, unless there is an express authorization of disclosure from the “Protected Enrollee.”

MediExcel Health Plan’s direct communication with the “Protected Enrollee” for receipt of sensitive health care services will be through the “Protected Enrollee’s” preferred manner. The “Protected Enrollee” may establish a designated alternative mailing address, e-mail address, or telephone number. In the absence of a designated alternative mailing address, e-mail address, or telephone number, MediExcel Health Plan will direct communication to the address or telephone number on file in the name of the “Protected Enrollee.”

Communications (written, verbal or electronic communications) regarding a “Protected Enrollee’s” receipt of sensitive health care services shall include:

-) Bills and attempts to collect payment
-) Notice of adverse benefit determinations
-) Explanation of benefits notice
-) Request for additional information regarding a claim
-) Notice for a contested claim
-) Name and address of a provider, description of services provided, and other information related to a visit
-) Any written, oral, or electronic communication from MediExcel Health Plan that contains protected health information

To establish confidential communication with MediExcel Health Plan, please contact our Member Services Department at (855) 633-4392, (664) 633-8555 if dialing from México, by e-mail at memberservices@mediexcel.com, or by mail at MediExcel Health Plan 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911, and request confidential communication. Within 7 calendar days of receipt of an electronic or telephonic request, or within 14 calendar days of receipt by first-class mail, MediExcel Health Plan shall acknowledge receipt of confidential communication request and advise the “Protected Enrollee” of the status of implementation of the request. Similarly, “Protected Enrollees” can end their confidential communication by notifying Member Services at any time.



AVISO SOBRE COMUNICACIÓN DE INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL

MediExcel Health Plan protege la confidencialidad de todos los miembros adultos, así como de aquellos que tienen 12 años o más (conocidos como "miembros protegidos") que tienen derecho a dar su consentimiento para recibir servicios de atención médica sensible. A petición del miembro, MediExcel Health Plan no divulgará información confidencial de atención médica sensible de los miembros protegidos, al titular ni a otros afiliados, incluyendo: (1) tratamientos de salud mental o servicios de asesoramiento en forma ambulatoria; (2) prevención o tratamiento de embarazo; (3) tratamientos para enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles; (4) diagnóstico o tratamientos de una enfermedad, si la enfermedad o condición es requerida por ley, o reglamento adoptado conforme a la ley, de ser informado a un oficial de salud local, o una enfermedad de transmisión sexual relacionada; (5) el tratamiento de una afección y la recopilación de pruebas médicas con respecto a una presunta agresión sexual; (6) atención médica y asesoramiento relacionado con el diagnóstico y tratamiento de problemas debidos a drogas o alcohol; (7) atención médica relacionada con el diagnóstico o tratamiento de una lesión y la recopilación de evidencia médica con respecto a presunta violencia de pareja íntima; y (8) pruebas de VIH.

Esta protección de confidencialidad incluye: (1) no tener que obtener la autorización del titular para recibir servicios de atención médica sensibles o presentar un reclamo como tal; (2) comunicación directa con el "miembro protegido"; (3) permitir y admitir solicitudes de "miembros protegidos" para la comunicación confidencial en la forma y el formato solicitado; y (4) no divulgar con el titular o cualquier otro inscrito, información médica relacionada con servicios de atención médica sensible brindados al "miembro protegido", a menos que exista una autorización expresa de divulgación del "miembro protegido".

La comunicación directa de MediExcel Health Plan con el "miembro protegido" para recibir servicios de atención médica sensible se realizará a través de la forma preferida del "miembro protegido". El "miembro protegido" puede establecer una dirección postal alternativa, correo electrónico o número de teléfono. En ausencia de una dirección postal alternativa, correo electrónico o número de teléfono, MediExcel Health Plan dirigirá toda comunicación a la dirección o número de teléfono en el archivo a nombre del "miembro protegido".

Las comunicaciones (escritas, verbales o electrónicas) relacionadas con la recepción de servicios de atención médica sensible por parte de un "miembro protegido" incluyen:

- Facturas e intentos de cobro
- Aviso de determinaciones adversas de beneficios
- Aviso de explicación de beneficios
- Solicitud de información adicional sobre un reclamo
- Aviso para un reclamo negado
- Nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios prestados y otra información relacionada con una visita.
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica de MediExcel Health Plan que contenga información de salud protegida.

Para establecer una comunicación confidencial con MediExcel Health Plan, comunícate con Servicio al Miembro al (855) 633-4392, (664) 633-8555 si marcas de México, por correo electrónico a memberservices@mediexcel.com, o por correo postal a MediExcel Health Plan 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911, y solicita comunicarte confidencialmente. Dentro de 7 días posteriores a la recepción de una solicitud electrónica o telefónica, o dentro de 14 días posteriores a la recepción por correo de primera clase, MediExcel Health Plan confirmará el recibo de la solicitud e informará al "miembro protegido" sobre el estado de implementación de la petición. Del mismo modo, los "miembros protegidos" pueden finalizar toda comunicación confidencial notificando a Servicio al Miembro en cualquier momento.



Confidential Communications Request Form

This form is to request communications regarding confidential sensitive health services from MediExcel Health Plan, to be sent to an alternative address or by an alternative means. "Communications" refers to medical, claim and billing information containing protected health information (PHI) about the member, including the type of service, date of service and name of providers. "Sensitive Health Services" include sexual and reproductive health care, mental health, sexual assault and/or intimate partner violence counseling and care, and treatment for alcohol and drug abuse.

Member requesting confidential communication of sensitive health services:

Name: _____

Member ID Number: _____ Date of Birth: _____

I am covered under my: Spouse/Domestic Partner Parent

Current Address on File: _____

_____ City State Zip Code

Request:

I am requesting for all confidential information regarding sensitive health services I receive using my health insurance, including where and when I receive health care, be sent directly to me at the alternate means below. **Check one.**

Alternate Address: _____

_____ City State Zip Code

Alternate E-mail: _____

Alternate Telephone Number: _____

If you have questions about my request, I prefer to be contacted by (**check one**):

Alternate Address

Alternate E-mail

Alternate Telephone Number

I understand this request will remain in effect until I revoke or submit a new request.

Signature: _____ Date: _____



Solicitud para Comunicación Confidencial

Este formulario es para solicitar recibir toda comunicación sobre servicios médicos sensibles de MediExcel Health Plan por medios alternativos o a una dirección alternativa. “Comunicaciones” se refiere a información médica, reclamos y facturación que contiene información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) relacionada específicamente con el miembro, incluyendo el tipo de servicio, las fechas de los servicios y el nombre de los proveedores. Los “Servicios Médicos Sensibles” incluyen atención de salud sexual y reproductiva, salud mental, asesoramiento y atención por agresión sexual y/o violencia de pareja íntima, y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Miembro el cual solicita comunicación confidencial de servicios médicos sensibles:

Nombre: _____

Número de Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estoy cubierto(a) bajo mi: Cónyuge/Pareja Doméstica Padre/Madre

Dirección actual: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Petición:

Solicito que toda información médica confidencial que recibo a través de mi seguro médico, incluyendo dónde y cuándo recibo atención médica, me sea enviada directamente por los medios alternativos que indico a continuación. **Marque uno.**

Dirección Alternativa: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo Electrónico Alternativo: _____

Número de Teléfono Alternativo: _____

Si existen preguntas sobre mi solicitud, prefiero ser contactado por (**marque uno**):

Dirección Alternativa

Correo Electrónico Alternativo

Número de Teléfono Alternativo

Entiendo que mi solicitud permanecerá vigente hasta que la revoque o envíe una nueva.

Firma: _____ Fecha: _____