



## **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 (619) 365-4346, (664) 633-8555 si marcas de México, por correo electrónico a [memberservices@mediexcel.com](mailto: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.

## 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: \_\_\_\_\_