



Notice of Automatic Sharing of Information Upon End of Coverage

California Law requires MediExcel Health Plan to notify you every year that your information, including full name, address, telephone number, and email address will be provided to Covered California in the event that you end your health care coverage with us. Covered California will use this information to help you obtain other health coverage. If you do not want to allow MediExcel Health Plan to share your information with Covered California, you may opt out. To opt out, please contact us via telephone at (619) 345-4346, or at (664) 633-8555 if dialing from México. You may also contact us by email at applications@mediexcel.com, or by mail at MediExcel Health Plan, 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911.

Aviso de Intercambio de Información Automática al Finalizar Cobertura Médica

La ley de California requiere que MediExcel Health Plan le notifique cada año, que su información, incluyendo su nombre completo, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico, será proporcionada a Covered California en caso de que cancele su cobertura de seguro médico con nosotros. Covered California utilizará esta información para ayudarlo a obtener otro seguro de cobertura médica. Si no desea permitir que MediExcel Health Plan comparta su información con Covered California, puede elegir que su información no sea compartida. Para elegir que no se comparta su información, comuníquese con nosotros al (619) 345-4346, o al (664) 633-8555 si marca desde México. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a applications@mediexcel.com, o por correo postal a MediExcel Health Plan, 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911.