

Non-Discrimination and Language Assistance Notice

MediExcel Health Plan does not discriminate based on age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Language assistance services are available from our Member Line 24 hours a day, seven days a week (except holidays). Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. In addition, you may request health plan materials translated in your language, as well as requesting these materials in large text or in other formats to accommodate your needs. For more information, call our Member Line at **(619) 365-4346** (TTY users call **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative. A grievance includes a complaint or an appeal. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your Evidence of Coverage (EOC) or speak with a Member Services representative for the dispute-resolution options that apply to you.

You may submit a grievance in the following ways:

-) By completing a Grievance Form with the Member Services Department.
-) By mailing your written grievance to Member Services at 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911
-) By calling our Member Line at **(619) 365-4346** (TTY users call **711**)
-) By completing the grievance form on our website at www.mediexcel.com

Please call our Member Line if you need help submitting a grievance.

The Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination based on race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the MediExcel Health Plan Civil Rights Coordinator directly at: 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aviso de no Discriminación y Asistencia Lingüística

MediExcel Health Plan no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, origen étnico, color, país de origen, trasfondo cultural, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de paga, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Línea de Servicio al Miembro (Member Line) brinda servicios de interpretación las 24 horas al día, los siete días a la semana (excepto en días festivos). Los servicios de interpretación son sin costo alguno durante el horario de atención, e incluyen asistencia con el lenguaje de señas. También le podemos brindar cualquier ayuda necesaria para que usted, sus familiares y amigos puedan acceder a nuestros centros de atención y nuestros servicios. Además, puede solicitar que sus documentos de su Plan de salud sean traducidos a su idioma, y también, que se le entreguen con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades. Para obtener más información, llame a la Línea de Servicio al Miembro al **(619) 365-4346** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que usted o su representante autorizado tenga. Una queja incluye una queja formal o una apelación. Por ejemplo, si usted cree que ha sido discriminado por MediExcel Health Plan, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (EOC)* o comuníquese con un representante de la Línea de Servicio al Miembro (Member Line) para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

-) Completando un formulario de queja o de reclamación con el Departamento de Servicio al Miembro.
-) Enviando por correo su queja por escrito al Departamento de Servicio al Miembro en el 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911.
-) Llamando a la Línea de Servicio al Miembro al **(619) 365-4346** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
-) Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en www.mediexcel.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a la Línea de Servicio al Miembro.

Se le informará al Coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) de MediExcel Health Plan de todas las quejas relacionadas con discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el Coordinador de Derechos Civiles de MediExcel Health Plan en el 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: (619) 365-4346 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al: (619) 365-4346 (TTY: 711).

Ti ng Vi t (Vietnamese)

CHÚ Ý: N u b n nói Ti ng Vi t, có các d ch v h tr ngôn ng mi n phí dành cho b n. G i s : (619) 365-4346 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa: (619) 365-4346 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (619) 365-4346 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電: (619) 365-4346 (TTY: 711).

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅ ՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ասպա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակալան աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք: (619) 365-4346 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

(Russian)

:
,
: (619) 365-4346 (: 711).

فارسی (Farsi)

ی ناگیار ی یهست، دینک ی ی هب : دیریگب ه (619) 365-4346 (TTY:711) ی مه .

日本語 (Japanese)

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。:(619) 365-4346 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau: (619) 365-4346 (TTY:711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦ ਹੋ, ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।: (619) 365-4346 (TTY:711) ' ਤੇਕਾਲ ਕਰੋ।

ربية (Arabic)

: اللغوية :
: (619) 365-4346 (هاتف : TTY:711).

हिन्दी: (Hindi)

ध्यान दें: आप किसी अन्य भाषा, भाषा सहायता सेवाएं, नि: शुल्क बात हं, तो आप के लिए उपलब्ध हं। कॉल कर: (619) 365-4346 (TTY: 711)।

ไทย (Thai)

ความสนใจไทย: ถ้าคุณพูดภาษาอื่น, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีมีให้คุณ โทร: (619) 365-4346 (TTY: 711)

កម្ពុជា (Cambodian)

ប្រុងប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមួយផ្សេងទៀតស្រាប់តែស្រាវជ្រាវ ភាសាមិនគិតថែសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទ: (619) 365-4346 (TTY: 711) ។

ພາສາລາວ (Lao)

ຄວນລະວັງ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ການບໍລິການການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາ, ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານ. ໂທ: (619) 365-4346 (TTY: 711).