

Nondiscrimination Notice

MediExcel Health Plan does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender identity, 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 Service Team, 24 hours a day, 7 days a week (*except closed holidays.*) Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you during all hours of operation. Auxiliary aids and services for individuals with disabilities are available at no cost to you during all hours of operation. We can also provide you, your family, and friends with any special assistance needed to access our facilities and services. You may request materials translated in your language at no cost to you. You may also request these materials in large text or in other formats to accommodate your needs at no cost to you. For more information, call **1-619-365-4346** (TTY **711**).

A grievance is any expression of dissatisfaction expressed by you or your authorized representative through the grievance process. For example, if you believe that we have discriminated against you, you can file a grievance. Please refer to your Evidence of Coverage or Certificate of Insurance 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 phone:** Call Member Services at **1-619-365-4346** (TTY **711**) 24 hours a day, 7 days a week (*except closed holidays.*)
- **By mail:** 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (*go to your provider directory at mediexcel.com for addresses.*)
- **Online:** Use the online form on our website at mediexcel.com.

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

The MediExcel Health Plan Civil Rights Coordinator will be notified of all grievances related to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. You may also contact the MediExcel Health Plan Civil Rights Coordinator directly at:

MediExcel Health Plan
Civil Rights/ADA Coordinator
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 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



Aviso de No Discriminación

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

El equipo de Servicio al Miembro brinda servicios de asistencia lingüística las 24 horas al día, los 7 días a la semana (*excepto en días festivos*.) Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para ti durante el horario de atención, incluso el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerte a ti, a tus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestra atención y servicios. Puedes solicitar los materiales traducidos a tu idioma sin costo. También los puedes solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a tus necesidades, sin costo. Para obtener más información, llama al **1-619-365-4346** (TTY **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiestas tu o tu representante autorizado, a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si crees que has sufrido discriminación de nuestra parte, puedes presentar una queja. Consulta tu Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*) o tu Certificado de Seguro (*Certificate of Insurance*), o comunícate con un representante de Servicio al Miembro para conocer las opciones de resolución de disputas que te corresponden.

Puedes presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llama a Servicio al Miembro al **1-619-365-4346** (TTY **711**) las 24 horas al día, 7 días a la semana (*excepto en días festivos*.)
- **Por correo postal:** 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911
- **En persona:** Llena el formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de Servicio al Miembro ubicada en un Centro de Atención del Plan (*consulta tu directorio de proveedores en mediexcel.com para obtener las direcciones*.)
- **En línea:** Usa el formulario en línea en nuestro sitio web en mediexcel.com.

Llama a nuestro equipo de Servicio al Miembro si necesitas ayuda para presentar una queja.

Se le informará al Coordinador de Derechos Civiles de MediExcel Health Plan (*Civil Rights Coordinator*) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puedes comunicarte directamente con el coordinador de derechos civiles de MediExcel Health Plan en:

MediExcel Health Plan
Civil Rights/ADA Coordinator
750 Medical Center Court, Suite 2
Chula Vista, CA 91911

También puedes 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, (*Office for Civil Rights Complaint Portal*) en crportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (*en inglés*), o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (*en inglés*).

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

English: This is important information from MediExcel Health Plan. If you need help understanding this information, please call **1-619-365-4346** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Spanish: La presente incluye información importante de MediExcel Health Plan. Si necesitas ayuda para entender esta información, llama al **1-619-365-4346** y pide ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, excepto en días festivos.

