



# 2023 Family dental plan

DENTAL COVERAGE TO KEEP YOU AND YOUR FAMILY SMILING

A healthy smile is more than a sign of happiness. Did you know that research shows good oral health habits lead to better overall health? When you add a family dental plan from LifeWise Health Plan of Washington to your medical plan, you get quality coverage for your total health.

## Benefits

- Access to a broad network of dentists in Washington
- Coverage for the most common dental needs
- No waiting period—you can start using your plan benefits right away
- For adults: no deductible for covered services; preventive and diagnostic services with an in-network provider are covered at no cost to you



## Who is eligible for a LifeWise family dental plan?

If your medical plan covers dependents under age 19, federal law requires you to buy a pediatric dental plan from either LifeWise or another company.

You can get the LifeWise family dental plan if you live in one of the following counties:

Adams	Columbia	Island	Lincoln	Skagit	Wahkiakum
Asotin	Cowlitz	Jefferson	Mason	Skamania	Walla Walla
Benton	Douglas	King	Okanogan	Snohomish	Whatcom
Chelan	Ferry	Kittitas	Pend Oreille	Spokane	Whitman
Clallam	Garfield	Klickitat	Pierce	Stevens	Yakima
Clark	Grant	Lewis	San Juan	Thurston	

## What are the costs?

Family dental plans are charged separately from medical plans.

- You will pay a \$27.63 monthly rate per child for the first three children under the age of 19. If you have more than three children covered under the plan, you won't pay a monthly rate for any of the additional children.
- For adults 19 and older, you will pay a \$32.68 monthly rate.
- After the annual deductible is met, you will be responsible for paying a part of the cost of services included in the plan until you reach the out-of-pocket maximum—this is called coinsurance. You will have a separate deductible to meet for each child covered under the plan before coinsurance begins. There is no deductible for adults on this plan.
- Once you reach the out-of-pocket maximum, the plan will pay for 100% of covered services for the rest of the year.



## What will you pay?

You'll pay less when you visit a provider within the LifeWise Dental Value network. If you receive care from an out-of-network provider, there is no limit to your out-of-pocket costs.

To find an in-network provider, use the Find a Doctor tool at [lifewise.com](https://www.lifewise.com).

The following costs are for January 1 through December 31, 2023.

<b>Annual deductible</b> (the amount you pay before the plan starts to pay)	<b>\$0</b> per calendar year, per adult <b>\$65</b> per calendar year, per child
--	---

<b>Out-of-pocket maximum for in-network coverage (under 19 years of age)</b> (the most you will pay for covered services if you use an in-network provider)	<b>\$350</b> per calendar year, per child <b>\$700</b> per calendar year, for two or more children
--	---

**Diagnostic and preventive:** these include the most common services: routine exams, x-rays, cleanings, fluoride, and sealants

**Basic:** these services include fillings and emergency palliative treatment

**Major (pediatric benefits only):** these are usually more complex services, such as crowns, dentures, bridges, and oral surgery

# Pediatric benefits (under 19 years of age)

PCY = per calendar year

Covered services	Coinsurance	
	In network	Out of network*
<b>Diagnostic/Preventive</b>		
<b>Routine oral exams</b> limited to 2 PCY	Covered in full	30%
<b>Cleanings</b> limited to 2 PCY		
<b>Fluoride treatments</b> limited to 3 PCY		
<b>Oral hygiene instruction</b> 2 appointments PCY, ages 8 and under		
<b>Complete series or panoramic x-ray</b> once every 36 consecutive months		
<b>Sealants</b> permanent bicuspid and molars only		
<b>Fixed space maintainers</b> designed to preserve space for permanent teeth, ages 12 and under		
<b>Basic</b>		
<b>Emergency palliative treatment</b>		
<b>Limited oral evaluations – problem-focused (emergency)</b>		
<b>Fillings</b> limited to once every 24 months	20%	40%
<b>Recement or rebond permanent crowns</b> limited to ages 12 to 19		
<b>Full-mouth debridement</b> limited to once every 3 years		
<b>Periodontal maintenance</b> ages 13 to 19, limited to 4 PCY		
<b>Simple extractions</b>		
<b>Major</b>		
<b>Endodontic (root canal) treatment</b> limited to permanent teeth only	50%	50%
<b>Periodontal scaling</b> limited to once per quadrant every 24 months, ages 13 to 19		
<b>Oral surgery</b> including surgical extractions		
<b>General anesthesia or intravenous (conscious) sedation</b> covered when necessary due to age, condition, or degree of difficulty		
<b>Indirect crowns</b> on permanent anterior teeth, limited to 1 every 5 years for children ages 12 to 19		
<b>Resin base partial denture</b> limited to once every 3 years		
<b>Complete dentures</b> limited to once per lifetime		
<b>Occlusal guard</b> covered for bruxism, ages 12 to 19		
<b>Orthodontics**</b> for medically necessary conditions such as cleft lip and palate and craniofacial anomalies		

\*If you visit an out-of-network provider, you'll pay the out-of-network coinsurance. You'll also be responsible for paying amounts charged above the allowable charge.

\*\*You must get approval from your health plan before your child gets orthodontic care.

# Adult benefits (age 19+)

\$1,000 annual benefit maximum PCY (for adults only)

PCY = per calendar year

Covered services	Coinsurance	
Diagnostic/Preventive	In network	Out of network*
<b>Routine oral exams</b> limited to 2 PCY	Covered in full	20%
<b>Limited oral exams – problem-focused (emergency)</b>		
<b>Cleanings</b> limited to 2 PCY		
<b>Periodontal maintenance</b> limited to 4 visits PCY		
<b>Fluoride treatments</b> limited to 1 PCY		
<b>Complete series or panoramic x-ray</b> once every 5 calendar years		
<b>Sealants</b> limited to once every 2 calendar years		
Basic		
<b>Emergency palliative treatment</b>	40%	60%
<b>Fillings</b> limited to once every 2 calendar years		
<b>Periodontal scaling and root planing</b> limited to once per quadrant every 3 calendar years		
Major	Not covered	

\*If you visit an out-of-network provider, you'll pay the out-of-network coinsurance. You'll also be responsible for paying amounts charged above the allowable charge.

## Definitions

### Dental benefit maximum

A dental benefit maximum is the most the plan will pay toward covered dental services. Benefits for covered services with multiple treatment dates are subject to the dental benefit maximum of the calendar year in which the services are started.

### Allowed amount

This is the amount providers contracted with LifeWise have agreed your health plan will pay for covered services or supplies. In-network providers cannot bill you for charges above the allowed amount. Out-of-network providers may charge more than the allowed amount and you would be responsible for paying the cost.

### In-network provider

These are dentists and other healthcare providers who are contracted with LifeWise to provide services and supplies at negotiated rates (called allowed amounts). You usually pay less when seeing in-network providers.

### Out-of-pocket maximum

This is the maximum amount of money you will pay for health services when you visit in-network providers. Once you've paid this amount, your plan pays 100% of the allowed amount for services received from in-network providers. This maximum does not apply when you visit out-of-network providers.

### Out-of-network provider

These are dentists and other healthcare providers who have not contracted with LifeWise and have not agreed to negotiated prices. Depending on the out-of-network provider, the services could cost you more or not be covered at all by your plan.

## To enroll or find out more

- Visit [lifewise.com](https://www.lifewise.com).
- Call LifeWise at **844-666-WISE (844-666-9473)**.
- **Talk to a producer**, a licensed professional also known as an agent or broker.

This is only a summary of the major benefits provided by our plan. This is not a contract. Visit [lifewise.com/summary-of-benefits](https://www.lifewise.com/summary-of-benefits) for a Summary of Benefits and medical glossary. Find out about our privacy policies at [lifewise.com/notice-of-privacy](https://www.lifewise.com/notice-of-privacy) or your member rights at [lifewise.com/policies-and-procedures](https://www.lifewise.com/policies-and-procedures).





### Discrimination is Against the Law

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. LifeWise does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. LifeWise provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). LifeWise provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that LifeWise has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-6396, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email [AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. 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 Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

### Language Assistance

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

**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 800-817-3056 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

**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。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS: 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

**توجہ:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.



# Plan dental familiar para 2023

## COBERTURA DENTAL PARA MANTENERLOS A USTED Y A SU FAMILIA SONRIENDO

Una sonrisa saludable es más que un signo de felicidad. ¿Sabía que las investigaciones demuestran que los buenos hábitos de salud bucal llevan a una mejor salud general? Cuando suma un plan dental familiar de LifeWise Health Plan of Washington a su plan médico, obtiene una cobertura de calidad para salud total.

### Beneficios

- Acceso a una amplia red de dentistas en Washington
- Cobertura para la necesidades dentales más frecuentes
- Sin período de espera, puede comenzar a usar los beneficios de su plan de inmediato
- Para adultos: sin deducibles para los servicios cubiertos; los servicios preventivos y de diagnóstico con un proveedor dentro de la red están cubiertos sin costo alguno para usted



## ¿Quién es elegible para los planes dentales familiares de LifeWise?

Si su plan médico cubre dependientes menores de 19 años de edad, la ley federal exige que compre un plan dental pediátrico, ya sea de LifeWise o de otra compañía.

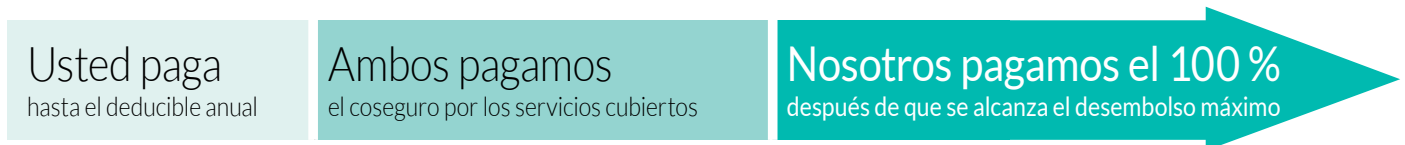
Puede obtener un plan dental familiar de LifeWise si vive en uno de los condados que figuran a continuación:

Adams	Columbia	Island	Lincoln	Skagit	Wahkiakum
Asotin	Cowlitz	Jefferson	Mason	Skamania	Walla Walla
Benton	Douglas	King	Okanogan	Snohomish	Whatcom
Chelan	Ferry	Kittitas	Pend Oreille	Spokane	Whitman
Clallam	Garfield	Klickitat	Pierce	Stevens	Yakima
Clark	Grant	Lewis	San Juan	Thurston	

## ¿Cuáles son los costos?

Los planes dentales familiares se cobran por separado de los planes médicos.

- Usted pagará una tarifa mensual de \$27.63 por niño por los primeros tres niños menores de 19 años de edad. Si tiene más de tres niños cubiertos por el plan, no pagará la tarifa mensual por los niños adicionales.
- Para adultos de 19 años de edad y mayores, usted pagará una tarifa mensual de \$32.68.
- Después de que se alcanza el deducible anual, usted será responsable por una parte del costo de los servicios incluidos en el plan hasta que alcance el desembolso máximo. (Esto se denomina coseguro). Usted tendrá un deducible separado que debe alcanzar antes de que comience el coseguro por cada niño cubierto por el plan. No hay deducibles para adultos en este plan.
- Una vez que alcanza el desembolso máximo, el plan pagará el 100 % de los servicios cubiertos para el resto del año.



## ¿Qué pagará?

Pagará menos cuando visite a un proveedor dentro de la red Dental Value de LifeWise. No hay límite para sus costos de desembolso si recibe atención de un proveedor fuera de la red.

Para buscar un proveedor dentro de la red, utilice la herramienta Find a Doctor (Encontrar un médico) en [lifewise.com](https://lifewise.com).

Los siguientes costos son válidos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

<b>Deducible anual</b> (el monto que paga antes de que comience a pagar el plan)	<b>\$0</b> por año calendario, por adulto <b>\$65</b> por año calendario, por niño
---	---

<b>Desembolso máximo para la cobertura dentro de la red (menores de 19 años de edad)</b>	<b>\$350</b> por año calendario, por niño <b>\$700</b> por año calendario, por dos o más niños
--	---

(la cantidad máxima que pagará por servicios cubiertos si usa un proveedor dentro de la red)

**De diagnóstico y preventivos:** incluyen los servicios más comunes: exámenes de rutina, radiografías, limpiezas, flúor y sellantes

**Básicos:** estos servicios incluyen empastes y tratamiento paliativo de emergencia

**Principales (beneficios pediátricos únicamente):** estos son, en general, servicios más complejos, como coronas, prótesis dentales, puentes y cirugías bucales

# Beneficios pediátricos (menores de 19 años de edad)

PAC = por año calendario

Servicios cubiertos	Coseguro	
	Dentro de la red	Fuera de la red*
<b>De diagnóstico/Preventivos</b>		
<b>Exámenes bucales de rutina</b> se limitan a 2 PAC		
<b>Limpiezas</b> se limitan a 2 PAC		
<b>Tratamientos con flúor</b> se limitan a 3 PAC		
<b>Enseñanza de higiene bucal</b> 2 citas PAC, para menores de 8 años de edad	100 %	30 %
<b>Serie completa o radiografía panorámica</b> cada 36 meses consecutivos		
<b>Selladores</b> únicamente en bicúspides y molares permanentes		
<b>Mantenedores de espacio fijos</b> diseñados para preservar el espacio para los dientes permanentes, para menores de 12 años de edad		
<b>Básicos</b>		
<b>Tratamiento paliativo de emergencia</b>		
<b>Evaluaciones bucales limitadas: enfocadas en un problema (emergencia)</b>		
<b>Empastes</b> se limitan a uno cada 24 meses		
<b>Recementado o readhesión de coronas permanentes</b> se limita a personas de entre 12 y 19 años de edad	20 %	40 %
<b>Desbridamiento de boca completa</b> se limita a uno cada 3 años calendario		
<b>Mantenimiento periodontal</b> para personas de entre 13 y 19 años de edad; se limita a 4 PAC		
<b>Extracciones simples</b>		
<b>Principales</b>		
<b>Tratamientos de endodoncia (conductos radiculares)</b> se limitan a dientes permanentes únicamente		
<b>Raspado periodontal</b> se limita a uno por cuadrante cada 24 meses, para personas de entre 13 y 19 años de edad		
<b>Cirugía bucal</b> incluye extracciones quirúrgicas		
<b>Anestesia general o sedación intravenosa (consciente)</b> cubierta cuando sea necesario por motivos de edad, condición o grado de dificultad		
<b>Coronas indirectas</b> en dientes anteriores permanentes, se limita a una cada 5 años, para personas de entre 12 y 19 años de edad	50 %	50 %
<b>Prótesis dental parcial a base de resina</b> se limita a una cada 3 años		
<b>Prótesis dental completa</b> se limita a una de por vida		
<b>Protector oclusal</b> cubierto para bruxismo, para personas de entre 12 y 19 años de edad		
<b>Ortodoncia**</b> para condiciones médicamente necesarias como labio leporino y anomalías craneofaciales		

\*Si tiene una consulta con un proveedor fuera de la red, pagará el coseguro fuera de la red. También deberá pagar los montos que se le cobren por encima del cargo permitido.

\*\*Debe obtener la aprobación de su plan de salud antes de que su niño reciba atención para ortodoncia.

# Beneficios para adultos (mayores de 19 años de edad)

\$1,000 de beneficio anual máximo PAC (solo para adultos)

PAC = por año calendario

Servicios cubiertos	Coseguro	
	Dentro de la red	Fuera de la red*
<b>De diagnóstico/Preventivos</b>		
<b>Exámenes bucales de rutina</b> se limitan a 2 PAC	Se cubre por completo	20 %
<b>Exámenes bucales limitados: enfocados en un problema (emergencia)</b>		
<b>Limpiezas</b> se limitan a 2 PAC		
<b>Mantenimiento periodontal</b> se limita a 4 visitas PAC		
<b>Tratamientos con flúor</b> se limitan a 1 PAC		
<b>Radiografías de serie completa o panorámica</b> una vez cada 5 años calendario		
<b>Selladores</b> se limitan a una vez cada 2 años calendario		
<b>Básicos</b>		
<b>Tratamiento paliativo de emergencia</b>		
<b>Empastes</b> se limitan a uno cada 2 años calendario	40 %	60 %
<b>Raspado periodontal y alisado radicular</b> se limitan a uno por cuadrante cada 3 años calendario		
<b>Principales</b>	Sin cobertura	

\*Si usted visita a un proveedor fuera de la red, pagará el coseguro fuera de la red. También deberá pagar los montos que se le cobren por encima del cargo permitido.

## Definiciones

### Beneficio dental máximo

Un beneficio dental máximo es el máximo que el plan pagará por servicios dentales cubiertos. Los beneficios para servicios cubiertos con múltiples fechas de tratamiento están sujetos al beneficio dental máximo del año calendario en el que comenzaron los servicios.

### Monto permitido

El monto que los proveedores que tienen contrato con LifeWise aceptaron que su plan de salud pague por servicios o suministros cubiertos. Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle los cargos superiores al monto permitido. Es posible que los proveedores fuera de la red le cobren más que el monto permitido y usted será responsable de pagar dicho costo.

## Para inscribirse u obtener más información

- Visite [lifewise.com](https://www.lifewise.com).
- Llame a LifeWise al **844-666-WISE (844-666-9473)**.
- **Hable con un productor**, quien es un profesional con licencia también conocido como agente o corredor.

### Proveedor dentro de la red

Dentistas y otros proveedores de atención de la salud que tienen contrato con LifeWise para proporcionar servicios y suministros a montos negociados (llamados montos permitidos). En general, paga menos al recibir los servicios de proveedores dentro de la red.

### Desembolso máximo

El monto máximo de dinero que pagará por servicios de la salud cuando visite a proveedores dentro de la red. Después de que haya pagado este monto, su plan paga el 100 % del monto permitido por servicios recibidos de proveedores dentro de la red. Este máximo no se aplica cuando visita a un proveedor fuera de la red.

### Proveedor fuera de la red

Dentistas y otros proveedores de atención de la salud que no tienen contrato con LifeWise y con los que no hemos acordado negociar precios. Dependiendo del proveedor fuera de la red, los servicios pueden costarle más o pueden no estar cubiertos en absoluto por su plan.

Esto es solo un resumen de los principales beneficios que proporciona nuestro plan. Esto no es un contrato. Visite [lifewise.com/summary-of-benefits](https://www.lifewise.com/summary-of-benefits) para obtener un Resumen de los beneficios y un glosario médico. Obtenga información sobre nuestras políticas de privacidad en [lifewise.com/notice-of-privacy](https://www.lifewise.com/notice-of-privacy) o sobre sus derechos como miembro en [lifewise.com/policies-and-procedures](https://www.lifewise.com/policies-and-procedures).

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. LifeWise Health Plan of Washington no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.



## La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

### LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.





### Asistencia con el idioma

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

**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 800-817-3056 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

**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。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສ່ຽງຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS : 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**





## La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

### LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico [AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com). Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



**Asistencia con el idioma**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-817-3056 (TTY: 711).

**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 800-817-3056 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-817-3056 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-817-3056 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-817-3056 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-817-3056 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-817-3056 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្មុំ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-817-3056 (TTY: 711)។

**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。800-817-3056 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-817-3056 (መስማት ለተላካቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-817-3056 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-817-3056 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-817-3056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-817-3056 (TTY: 711).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສ່ຽງຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-817-3056 (ATS : 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-817-3056 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-817-3056 (TTY: 711).

**توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-817-3056 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.**