

Cambios en el formulario de Molina Healthcare

Molina Healthcare puede eliminar de inmediato un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en la misma categoría de costos compartidos o en una categoría inferior y tiene las mismas o menos restricciones. O bien, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a una categoría de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio; sin embargo, luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro formulario y notificar a los miembros que lo toman.

Antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieran que le enviemos un aviso por adelantado, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio, al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor o cuando el miembro solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para un mes del medicamento.

Si se ve afectado(a) por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, dependiendo del tipo de cambio, puede haber diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

Usted puede usar otro medicamento de nuestra Lista de Medicamentos para tratar su afección. A continuación se proporcionan medicamentos alternativos para ayudar a la persona que receta a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregunte a la persona que receta si alguno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, la persona que receta o su representante autorizado también pueden solicitar una excepción. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su *Evidencia de cobertura* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086 (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

En la siguiente tabla, se describen los cambios en nuestro formulario que pueden afectarlo(a).

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Categoría 1	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Categoría 1	05/01/2025
BRONCHITOL CAP 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
CALQUENCE CAP 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CALQUENCE TAB 100MG	Categoría 1	10/01/2025
CORLANOR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	IVABRADINE TAB	Categoría 1	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Categoría 1	08/01/2025
DROXIA CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Categoría 1	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5GM	Categoría 1	01/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
ENTRESTO TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Categoría 1	10/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Categoría 1	01/01/2025
EUTHYROX TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	10/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 1	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Categoría 1	05/01/2025
IXCHIQ INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Categoría 1	10/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ARANELLE TAB	Categoría 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2025
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY)	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIVELSA TAB; ROSYRAH TAB	Categoría 1	10/01/2025
LIBERVANT FILM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VALTOCO LIQD	Categoría 1	07/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Categoría 1	02/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2025
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Categoría 1	05/01/2025
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB FE 1/20; AUROVELA FE TAB 1/20; LARIN FE TAB 1/20; LOESTRIN FE TAB 1/20; TARINA FE TAB 1/20 EQ; FEIRZA TAB 1/20; JUNEL FE TAB 1/20	Categoría 1	10/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Categoría 1	07/01/2025
NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	XARAH FE TAB; TRI-LEGEST FE TAB; XARAH FE TAB	Categoría 1	10/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Categoría 1	02/01/2025
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Categoría 1	03/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
REGRANEX GEL 0.01%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CYCLOSPORINE CAP	Categoría 1	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Categoría 1	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Categoría 1	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DASATINIB TAB	Categoría 1	02/01/2025
TABLOID TAB 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	TENIVAC INJ 5-2LF	Categoría 1	03/01/2025
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1%	Categoría 1	01/01/2025
TRECATOR TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento(s) alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
TRIVORA-28 TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG; ENPRESSE-28 TAB; LEVONEST TAB	Categoría 1	10/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 1	02/01/2025
ZERVATE DRO 0.24%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINE DRO 0.05%	Categoría 1	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RISPERIDONE ER INJ	Categoría 1	02/01/2025

* Los medicamentos alternativos son medicamentos que podría considerar con la persona que receta. Solo la persona que receta puede determinar medicamentos alternativos que sean apropiados para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos. Consulte a la persona que receta para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.



Molina Healthcare (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Para ayudarlo(a) a comunicarse eficazmente con nosotros, Molina Healthcare le ofrece sus servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Molina Healthcare ofrece servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estos incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina llamando al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si considera que lo(a) hemos discriminado por edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, lo(a) ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en línea a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Care Services), por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 916-440-7370 (o marque 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Usted dispone de asistencia y servicios gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas, traducciones escritas e información escrita en formatos alternativos. Llame al 1-800-665-0898 (TTY: 711).

Inglés:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-665-0898. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-665-0898. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-800-665-0898。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chino cantonés:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-800-665-0898 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalo:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-0898. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamita:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-665-0898. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Coreano:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-665-0898번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-665-0898. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Árabe:

الاتصال سوى عليك ما، مترجم على للحصول. الدوائية أو الصحية خطتنا حول لديك تكون قد أسئلة أي على للإجابة مجانية ترجمة خدمات لدينا. مجانية خدمة هذه. مساعدتك العربية يتحدث لشخص يمكن. 1-800-665-0898 الرقم على بنا.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-800-665-0898 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Japonés:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-665-0898にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Armenio:

Մենք ունենք անվճար թարգմանական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-665-0898 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Camboyano:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាពឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-665-0898។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃ។

Persa (Farsi):

ما یک سرویس مترجم رایگان برای کمک به شما در مورد هر گونه سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروی خود داشته باشید، داریم. برای دسترسی به مترجم، به سادگی با شماره 1-800-665-0898 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-665-0898. Qee tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laosiano:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບຫຼືຢາຂອງທ່ານ. ເພື່ອເຂົ້າເຖິງລາວລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-800-665-0898. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂਚਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇਤੁਹਾਡੇਕਿਸੇਵੀ ਕਿਸੇ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-665-0898 'ਤੇਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Tailandés:

เรามีบริการสามฟรีเพื่อช่วยเหลือคุณหากคุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของคุณ หากต้องการใช้บริการสามภาษาไทย ก็สามารถช่วยเหลือคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ucraniano:

Якщо у вас виникають будь-які запитання стосовно плану медичного обслуговування чи покриття препаратів, ви можете безкоштовно отримати послуги перекладача. Для цього зателефонуйте нам на номер 1-800-665-0898. Співробітник, який знає українську, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Francés:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-665-0898. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Alemán:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-0898. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italiano:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-800-665-0898. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Disponemos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-665-0898. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-0898. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-665-0898. Ta usługa jest bezpłatna.