

## Cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del Plan Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid (MMP)

En el siguiente cuadro se describen los cambios en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) que podrían afectarlo.

Nombre del Medicamento Afectado	Descripción del Cambio	Razón para el Cambio	Medicamentos Alternativos *	Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos	Fecha Efectiva
AVITA, CREMA, 0.025%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	TRETINOIN, CREMA, 0.025%	Nivel 1	11/01/2023
AVITA, GEL, 0.025%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	TRETINOIN, GEL, 0.025%	Nivel 1	07/01/2023
BYDUREON BC, INYECCIÓN	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023
BYETTA, INYECCIÓN, 10 MCG	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023
CALCITRIOL, INYECCIÓN, 1 MCG/ML	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CALCITRIOL, SOL, 1 MCG/ML	Nivel 1	07/01/2023
CAZIAN, PAQUETE	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	VELIVET, PAQUETE	Nivel 1	01/01/2023

<b>Nombre del Medicamento Afectado</b>	<b>Descripción del Cambio</b>	<b>Razón para el Cambio</b>	<b>Medicamentos Alternativos *</b>	<b>Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos</b>	<b>Fecha Efectiva</b>
CEFACLOR, SUSPENSIÓN, 125 MG/5 ML	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CEFACLOR, SUSPENSIÓN, 250 MG/5 ML	Nivel 1	12/01/2023
CEFACLOR, SUSPENSIÓN, 375 MG/5 ML	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CEFACLOR, SUSPENSIÓN, 250 MG/5 ML	Nivel 1	12/01/2023
CEFTAZIDIME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE DEXTROSA AL 5%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CEFTAZIDIME, INYECCIÓN	Nivel 1	12/01/2023
DALIRESP, TABLETA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Genérico Disponible	ROFLUMILAST, TABLETA	Nivel 1	05/01/2023
DIGOX, TABLETA, 0.125 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	DIGOXIN, TABLETA, 0.125 MG	Nivel 1	01/01/2023
DIGOX, TABLETA, 0.25 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	DIGOXIN, TABLETA, 0.25 MG	Nivel 1	01/01/2023
ELLA, TABLETA, 30 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	No Será Cubierto por Medicare	Consulte a su Proveedor de Atención Médica		04/01/2023
ESBRIET, CÁPSULA, 267 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Genérico Disponible	PIRFENIDONE, CÁPSULA, 267 MG	Nivel 2	05/01/2023
FREAMINE III, INYECCIÓN, 10%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	TROPHAMINE, INYECCIÓN, 10%, TRAVASOL, INYECCIÓN, 10%	Nivel 2	10/01/2023

<b>Nombre del Medicamento Afectado</b>	<b>Descripción del Cambio</b>	<b>Razón para el Cambio</b>	<b>Medicamentos Alternativos *</b>	<b>Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos</b>	<b>Fecha Efectiva</b>
GILENYA, CÁPSULA, 0.5 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Genérico Disponible	FINGOLIMOD, CÁPSULA, 0.5 MG	Nivel 2	05/01/2023
ISOPTO ATROPINE, SOLUCIÓN, 1%, OFTÁLMICA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 1	11/01/2023
HETLIOZ, CÁPSULA, 20 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Genérico Disponible	TASIMELTEON, CÁPSULA, 20 MG	Nivel 2	05/01/2023
KYNMOBI, PELÍCULA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	APOKYN, INYECCIÓN, 10 MG/ML	Nivel 2	08/01/2023
LARISSIA, TABLETA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	AVIANE, TABLETA	Nivel 1	02/01/2023
LEVO-T, TABLETA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	No Será Cubierto por Medicare	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA	Nivel 1	08/01/2023
LIDOCAINE HCL, GEL, 2%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	GLYDO, GEL, 2%	Nivel 1	07/01/2023
LILLOW, TABLETA, 0.15-30 MG-MCG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL, TABLETA, 0.15-30 MG-MCG	Nivel 1	12/01/2023
MYORISAN, CÁPSULA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CLARAVIS, CÁPSULA	Nivel 1	07/01/2023

Nombre del Medicamento Afectado	Descripción del Cambio	Razón para el Cambio	Medicamentos Alternativos *	Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos	Fecha Efectiva
NEVIRAPINE, TABLETA, 100 MG, LIBERACIÓN PROLONGADA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	NEVIRAPINE, TABLETA, 400 MG, LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	11/01/2023
NORVIR, SOLUCIÓN, 80 MG/ML	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	NORVIR, PAQUETE, 100 MG	Nivel 2	04/01/2023
OXANDROLONE, TABLETA, 10 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Eliminación del Mercado	Consulte a su Proveedor de Atención Médica		11/01/2023
OXANDROLONE, TABLETA, 2.5 MG	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Eliminación del Mercado	Consulte a su Proveedor de Atención Médica		11/01/2023
OZEMPIC, INYECCIÓN	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023
PASER, PAQUETE, 4 GM	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	Consulte a su Proveedor de Atención Médica		03/01/2023

Nombre del Medicamento Afectado	Descripción del Cambio	Razón para el Cambio	Medicamentos Alternativos *	Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos	Fecha Efectiva
VITAMINAS PRENATALES CON HIERRO, TABLETA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	MULTIVITAMINAS PRENATALES, TABLETA, 27-1 MG	Nivel 2	03/01/2023
PROCALAMINE, INYECCIÓN, 3%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CLINIMIX, INYECCIÓN, 4.25/DEXTROSA AL 5% EN AGUA	Nivel 2	08/01/2023
PROCTO-PAK, CREMA, 1%	Se eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	HYDROCORTISONE PERIANAL, CREMA, 1%	Nivel 1	09/01/2023
CREMA ROSADAN, 0.75%	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	CREMA DE METRONIDAZOLE, 0.75%	Nivel 1	03/01/2023
RYBELSUS TAB	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023
STADUVINE, CÁPSULA	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	ABACAVIR TABLETA, EMTRICITABINE CÁPSULA, LAMIVUDINE TABLETA, ZIDOVUDINE TABLETA	Nivel 1	10/01/2023
SYNERCID, INYECCIÓN, 500 MG	Se eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	Consulte con su proveedor de atención médica		09/01/2023
TOPOSAR, INYECCIÓN, 100/5 ML	Se eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	ETOPOSIDE, INYECCIÓN, 20 MG/ML	Nivel 1	09/01/2023

Nombre del Medicamento Afectado	Descripción del Cambio	Razón para el Cambio	Medicamentos Alternativos *	Nivel de Distribución de Costos para los Medicamentos Alternativos	Fecha Efectiva
TOPOSAR INYECCIÓN, 1 GM/50 ML	Se eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	ETOPOSIDE INYECCIÓN, 1 GM/50 ML	Nivel 1	09/01/2023
TRICARE, TABLETA, PRENATAL	Se Eliminó el Medicamento del Formulario	Descontinuación del Fabricante	TABLETA PRENATAL 27-1 MG; M-NATAL PLUS, TABLETA	Nivel 2	12/01/2023
TRULICITY, INYECCIÓN	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023
VICTOZA, INYECCIÓN	Se Agregó Autorización Previa**	Se Agregó la PA para Garantizar Que su Uso Sea para Una Indicación Cubierta por la Part D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2023

\* Los medicamentos alternativos son medicamentos que puede considerar con su médico. Solamente su médico puede determinar los medicamentos alternativos que son adecuados para usted y su tratamiento. Consulte a su médico para confirmar si este medicamento es el adecuado para usted.

\*\* Si actualmente toma este medicamento, este cambio no afectará su cobertura para este medicamento por el resto del año del plan.

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Texas para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados.

## Statement of Non-Discrimination

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Superior STAR+PLUS MMP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### Superior STAR+PLUS MMP:

- 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).
- 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 Superior STAR+PLUS MMP's Member Services at **1-866-896-1844** (TTY: **711**) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Superior STAR+PLUS MMP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Superior STAR+PLUS MMP's Member Services 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 Avenue SW, HHH Building Room 509F  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019**, (TDD: **1-800-537-7697**)

Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

## Declaración de No Discriminación

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Superior STAR+PLUS MMP no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Superior STAR+PLUS MMP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP al **1-866-896-1844** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si considera que Superior STAR+PLUS MMP no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número indicado anteriormente mencionando que necesita ayuda para presentar una queja; el Departamento de Servicios para Miembros de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, HHH Building Room 509F  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019**, (TDD: **1-800-537-7697**)

Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.



**ENGLISH:** Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

**SPANISH:** Contamos con servicios de asistencia lingüística, servicios y asistencia auxiliares y otros formatos alternativos para usted de forma gratuita. Para recibirlos, llame al **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al **1-866-896-1844** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados, puede dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

VIETNAMESE: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi **1-866-896-1844** (TTY: **711**), từ 8 a.m. đến 8 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được trả lời vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này được miễn phí.

CHINESE: 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請致電 **1-866-896-1844** (TTY: **711**)，服務時間為週一至週五，早上 8 點到晚上 8 點。非服務時間、週末和假日，您可以留言。我們將在下一個工作日內回電給您。此為免付費專線。

KOREAN: 주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 해당 서비스는 **1-866-896-1844**(TTY: **711**) 번으로, 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 문의해 주십시오. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주실 수 있습니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

ARABIC: انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم **1-866-896-1844** (TTY: **711**)، من الساعة 8 صباحًا ولغاية الساعة 8 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وستتم معاودة الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. والاتصال مجاني.

URDU: توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو زبان معاون سروسز، مفت، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ **1-866-896-1844** (TTY: **711**) پر کال کریں، سوموار تا جمعہ صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک۔ اوقات کے بعد، ویکیٹڈ اور چھٹیوں میں، آپ ایک پیغام بھیج سکتے ہیں۔ آپ کی کال اگلے کاروباری دن میں واپس کی جائے گی۔ کال مفت ہے۔

TAGALOG: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa **1-866-896-1844** (TTY: **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkalipas ng oras ng trabaho, tuwing Sabado at Linggo, at sa mga holiday, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Tatawagan ka sa susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

FRENCH: ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le **1-866-896-1844** (TTY : **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. En dehors des heures d'ouverture et durant le week-end et les jours fériés, vous pouvez laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. L'appel est gratuit.

HINDI: ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा संबंधी सहायता सेवाएं उपलब्ध होंगी. सोमवार से लेकर शुक्रवार तक सुबह 8 बजे से लेकर रात 8 बजे तक **1-866-896-1844** (TTY: **711**) पर कॉल करें. उपरोक्त समय के अलावा, वीकेंड या छुट्टी के दिनों में आप मैसेज छोड़ सकते हैं. आपके कॉल का जवाब अगले कामकाज के दिन के भीतर दे दिया जाएगा. यह कॉल मुफ्त है.

PERSIAN/FARSI: توجه: اگر به فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما است. با شماره **1-866-896-1844** (TTY: **711**) از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. در ساعات غیرکاری، روزهای آخر هفته و تعطیلات، می‌توانید پیام بگذارید. به تماس شما ظرف روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. تماس رایگان است.

GERMAN: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Übersetzungsdienst zur Verfügung. Wählen Sie dafür **1-866-896-1844** (TTY: **711**) von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen, können Sie eine Nachricht hinterlassen. Ihr Anruf wird innerhalb des nächsten Arbeitstages beantwortet. Der Anruf ist kostenlos.

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની સેવાઓ વગર કોઈ શુલ્કે ઉપલબ્ધ છે. સોમવારથી શુક્રવાર દરમિયાન સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રે 8 વાગ્યા સુધી **1-866-896-1844** (TTY: **711**) પર કોલ કરો. કામકાજના સમયની બહારના સમયે, શનિ-રવિએ અને રજાઓમાં, તમે મેસેજ છોડી દઈ શકો છો. તમારા કોલ માટે કામકાજના આગલા દિવસની અંદર વળતો કોલ કરવામાં આવશે. એ કોલ મફત હોય છે.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-866-896-1844** (TTY: **711**), с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

JAPANESE: 注目：日本語を話す場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。月曜日から金曜日の午前8時から午後8時の間に **1-866-896-1844** (TTY: **711**) までお電話ください。対応時間外や週末、祝日に電話をかけると、メッセージをお残してください。次の営業日に折り返しお電話いたします。通話は無料です。

LAOTIAN: ຄຳເຕືອນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ຟຣີ. ໂທ **1-866-896-1844** (TTY: **711**), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ ເຖິງວັນສຸກ. ນອກໂມງເຂົ້າການ ໃນວັນທ້າຍອາທິດ ແລະ ວັນພັກ, ທ່ານສາມາດຝາກຂໍຄວາມໄດ້. ກທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ກັບຄືນກັບພາຍໃນມື້ເຂົ້າການຕໍ່ໄປ. ການໂທແມ່ນ ຟຣີ.

ITALIAN: ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili gratuitamente servizi di assistenza linguistica. Chiama il numero **1-866-896-1844** (TTY: **711**), dalle 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì. Al di fuori di questa fascia oraria, nei fine settimana e nei giorni festivi è possibile lasciare un messaggio. La sua chiamata sarà gestita entro il giorno lavorativo successivo. La chiamata è gratuita.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: se falar português, estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Ligue para o número **1-866-896-1844** (TTY: **711**) de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar fora deste horário, num fim de semana ou num feriado, pode deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é gratuita.

---

FRENCH CREOLE: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl-Franse, sèvis asistans lang disponib gratis pou ou. Rele **1-866-896-1844** (TTY: **711**), 8è a.m. pou 8è p.m., soti lendi pou rive vandredi. Apre lè travay, nan wikenn ak jou konje, ou ka kite yon mesaj. Y ap retounen w apèl la nan pwochen jou ouvrab la. Apèl la gratis.

---

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-866-896-1844** (TTY: **711**), od poniedziałku do piątku, od 8 do 20. Poza godzinami pracy, w weekendy i święta państwowe możesz zostawić wiadomość. Nasz agent oddzwoni w kolejnym dniu roboczym. Połączenie jest bezpłatne.

---