

Kaiser Permanente Commercial HMO Exclusión de Medicamentos



La siguiente es una lista de medicamentos y fármacos que se encuentran excluidos de la cobertura del beneficio de medicamentos recetados. La autorización previa no se aplicará. Kaiser Permanente se reserva el derecho de excluir cualquier medicamento en cualquier momento de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente Colorado por cuestiones de salud y seguridad u otras razones que determine Kaiser Permanente a su discreción.

Si tiene preguntas sobre el estado en la lista de medicamentos recetados disponibles de un medicamento, o sobre sus beneficios de medicamentos recetados, llame a nuestro Servicio a los Miembros (consulte el número en su Tarjeta de Identificación).

Esta lista está sujeta a cambios en cualquier momento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Medicamentos y suministros para fines cosméticos
- Medicamentos para promover, prevenir u otros tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello
- Medicamentos relacionados con servicios no cubiertos
- Medicamentos para mejorar el rendimiento atlético
- Medicamentos para acortar la duración del resfriado común
- Medicamentos para tratar la infertilidad*
- Medicamentos para tratar la disfunción sexual*
- Medicamentos empleados para el tratamiento del control del peso*
- Suministros médicos como vendajes y antisépticos
- Medicamentos sin receta, a menos que se indique lo contrario
- Empaque de medicamentos distintos al empaque habitual de la farmacia que lo surte
- Medicamentos recetados para los cuales hay un equivalente disponible sin receta, a menos que se indique lo contrario

- Recetas surtidas en una farmacia que no sea del plan, excepto en el caso de emergencias, como se indica en su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)
- Reemplazo de medicamentos o dispositivos recetados perdidos, robados o dañados
- Vacunas (generalmente cubiertas por el seguro médico)
- Vitaminas y suplementos nutricionales que se pueden comprar sin receta
- Medicamentos de servicios médicos externos
- Cualquier medicamento empleado para una indicación no aprobada
- Alimentos indicados por el médico y dispositivos médicos

*La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio



⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)
1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC, SALICYLATE (ORAL)
1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-NSAID, COX NONSPECIFIC (ORAL)
2'-FUCOSYLLACTOSE, LACTO-N-NEOTETRAOSE (ORAL)
2ND GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)
2ND GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT (ORAL)
ACANYA GEL (TOPICAL)
ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN (ORAL)
ACETIC ACID (IRRIGATION)
ACIPHEX
ACRIVASTINE & PSEUDOEPHEDRINE (ORAL)
ACTIVE-PAC/GABAPENTIN THPK (PACK)
ACYCLOVIR-HYDROCORTISONE (TOPICAL)
ACYCLOVIX THPK

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
ADASUVE (INH)
ADDYI (ORAL) ⁽²⁾
AKYNZEO (ORAL)
ALLEGRA (ORAL)
ALLEGRA-D (ORAL)
ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾
AMVUTTRA SOSY
ANALGESIC, NON-SALICYLATE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)
ANALGESIC, NON-SALICYLATE-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
ANALGESICS, MIXED-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)
ANNOVERA RING
ANTITUSSIVES, NON-NARCOTIC (ORAL)
APLENZIN (ORAL)
APPTRIM (ORAL)
APPTRIM-D (ORAL)
APRETUDE (INJ)
ARIPIRAZOLE LAUROXIL (INJ)
AVAILNEX (ORAL)
AXONA (ORAL)
AZELEX CREAM

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
BENZPHETAMINE HCL (ORAL) ⁽³⁾
BESER KIT (EXTERNAL)
BETAMETHASONE SOD PHOSPHATE & ACETATE (KIT)
BETAQUIK (ORAL)
BIMATOPROST (TOPICAL)
BOTOX COSMETIC (INJ)
BROMPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
BULK PRODUCTS *
BUPRENORPHINE HCL (KIT)
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN CAPS 50-300 MG
CABENUVA (INJ)
CAMCEVI
CAMPHOR (INH)
CAMPHOR-EUCALYPTUS-MENTHOL (INH)
CAPXIB (KIT)
CARDIOTEK RX (ORAL)
CARISOPRODOL (ORAL)
CARISOPRODOL W/ ASPIRIN & CODEINE (ORAL)
CARISOPRODOL W/ ASPIRIN (ORAL)
CATHETERS (DEVICE)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
CAVERJECT (INJ) ⁽²⁾
CELECOXIB-CAPSAICIN-MENTHOL (KIT)
CETIRIZINE HCL (ORAL)
CETRORELIX ACETATE (KIT) ⁽¹⁾
CHLORHEXIDINE GLUCONATE-MUPIROCI- DIMETHICONE-SILICONE (KIT)
CHLORPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE- ACETAMINOPHEN (ORAL)
CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE- ASPIRIN (ORAL)
CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE- IBUPROFEN (ORAL)
CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE- IBUPROFEN (ORAL)
CHORIOGONADOTROPIN ALFA (INJ) ⁽¹⁾
CHORIONIC GONADOTROPIN (INJ) ⁽¹⁾
CIALIS (ORAL) ⁽²⁾
CICLOPIROX (KIT)
CICLOPIROX-UREA (PACK)
CIMETIDINE (TABS)
CLIN SINGLE USE (KIT)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE & MOISTURIZER (KIT)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE-TRETINOIN (TOPICAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
CLINDACIN KIT
CLINDAREACH (KIT)
CLINDAVIX (KIT)
CLM PTCH
CLOBETAVIX KIT
CLOBETEX THPK
CLODAN KIT (TOP)
CLOMIPHENE CITRATE (ORAL) ⁽¹⁾
CONSENSI (ORAL)
CONTINUOUS BLOOD GLUCOSE SYSTEM/DEVICE
COSMETIC PRODUCTS *
COUGH AND/OR COLD PREPARATIONS (ORAL)
CRYSVITA SOLN
CYANOCOBALAMIN (KIT)
CYCLOBENZAPRINE HCL W/ LINIMENT (KIT)
CYCLOBENZAPRINE-CAPSAICIN-MENTHOL (PACK)
CYCLOPAK THPK
DARZALEX FASPRO
DECONGESTANT-ANALGESIC, NON-SALICYLATE COMBINATIONS (ORAL)
DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
DECONGESTANT-NSAID, COX NON-SPECIFIC COMBINATIONS (ORAL)
DEPLIN (ORAL)
DERMACINRX LIDOGEL
DERMACINRX SILAPAK (KIT)
DERMACINRX TICANASE (NASAL)
DERMAPAK PAK PLUS (TOPICAL)
DERMASORB HC (KIT)
DERMASORB TA (KIT)
DES Loratadine (ORAL)
DES Loratadine-Pseudoephedrine (ORAL)
DEXBROMPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
DEXBROMPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
DEXILANT (ORAL)
DEXLIDO (KIT)
DEXLIDO-M (KIT)
DEXTROMETHORPHAN (ORAL)
DEXTROMETHORPHAN-BENZOCAINE (ORAL)
DEXTROMETHORPHAN-BENZOCAINE-MENTHOL (ORAL)
DEXTROMETHORPHAN-MENTHOL (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
DICLOFENAC EPOLAMINE (PATCH)
DICLOFENAC SODIUM GEL 1 %
DICLOFENAC SODIUM & ADHESIVE SHEETS (PACK)
DICLOFENAC SODIUM & OCCLUSIVE DRESSING (TOPICAL)
DICLOFENAC SODIUM & RANITIDINE HCL & LIDOCAINE-PRILOCAINE (PACK)
DICLOFENAC SODIUM (KIT)
DICLOFENAC SODIUM-BENZALKONIUM CHLORIDE (PACK)
DICLOFENAC SODIUM-CAMPHOR-MENTHOL-METHYL SALICYLATE (KIT)
DICLOFENAC SODIUM-CAPSAICIN (PACK)
DICLOFENAC SODIUM-CAPSAICIN (TOPICAL)
DICLOFENAC SODIUM-RANITIDINE HCL-CAPSAICIN (PACK)
DICLOFENAC SODIUM-RANITIDINE HCL-LIDOCAINE (PACK)
DICLOFENAC SODIUM SOLN
DICLONA GEL
DICLOTREX
DICLOVIX KIT
DICLOVIX M THPK
DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS *
DIETHYLPROPION HCL (ORAL)
DIFFERIN CREAM 0.1 %

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
DIFFERIN GEL 0.1 %
DIHYDROXYACETONE (TOPICAL)
DIMENTHO THPK
DIPHENHYDRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
DIPHENHYDRAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
DITHOL THPK (PACK)
DMT SUIK (KIT)
DNA COLLECTION PRODUCT (KIT)
DOLOTRANZ (KIT)
DOUBLEDEX (KIT)
DOXYCYCLINE HYCLATE W/ CLEANSER (KIT)
DOXYLAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
DROXICIN LIQUID
DSUVIA (ORAL)
DUEXIS (ORAL)
DUROLANE (INJ)
DURYSTA IMPL
DYMISTA SUSP (NASAL SPRAY)
ECONASIL KIT
EDEX (INJ) ⁽²⁾
ELFOLATE (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
ELIGEN B12 (ORAL)
ELLZIA PAK (TOPICAL)
EMEND SUSP (ORAL)
EMOLLIENT-SKIN MOISTURIZERS (TOPICAL)
ENLYTE (ORAL)
ENTERAGAM (ORAL)
ENTERAL NUTRITION (SUPPLIES)
ENTEREG (ORAL)
EPHEDRINE-GUAIFENESIN (ORAL)
EPICERAM EMUL (TOP)
EPSOLAY CREAM
ESKATA SOLN (TOPICAL)
ESOMEPEZS KIT
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM (ORAL)
EUFLEXXA (INJ)
EVENITY (INJ)
EXPECTORANTS (ORAL)
EXPECTORANTS, COMBINATIONS (ORAL)
FAMOTIDINE (ORAL; Not Include 40mg /5 ml SUSP)
FASENRA (INJ)
FEEDING TUBES/SETS (DEVICE)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
FENSOLVI KIT
FERREX 150 FORTE PLUS (ORAL)
FEXOFENADINE HCL (ORAL)
FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE (ORAL)
FIBER-STAT (ORAL)
FINACEA FOAM
FINACEA GEL
FINASTERIDE (ALOPECIA) (ORAL)
FIRST-BACLOFEN SUSPENSION (ORAL)
FIRST-BXN MOUTHWASH
FIRST-HYDROCORTISONE GEL (TOPICAL)
FIRST-LANSOPRAZOLE SUSP (ORAL)
FIRST-MARYS MOUTHWASH
FIRST-METRONIDAZOLE SUSPENSION (ORAL)
FIRST-MOUTHWASH BLM
FIRST-OMEPRAZOLE SUSP (ORAL)
FIRST-PROGESTERONE VGS (SUPPOSITORY)
FIRST-TESTOSTERONE (TOPICAL)
FIRST-VANCOMYCIN SOLN (ORAL)
FLECTOR PTCH (TOPICAL)
FLUOPAR KIT

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
FLUOVIX (TOPICAL)
FOLBIC (ORAL)
FOLIC ACID-CYANOCOBALMIN-PYRIDOXINE (ORAL)
FOLLITROPIN ALFA (INJ) ⁽¹⁾
FOLLITROPIN BETA (INJ) ⁽¹⁾
FORFIVO XL (ORAL)
FORTAMET (ORAL)
FOSTEUM (ORAL)
FOSTEUM PLUS (ORAL)
FOVEX (ORAL)
GABACAINE THPK
GABAPAL THPK
GABADONE (ORAL)
GANIRELIX ACETATE (INJ) ⁽¹⁾
GELNIQUE GEL (TOPICAL)
GEL-ONE (INJ)
GELSYN (INJ)
GENVISC (INJ)
GIVLAARI SOLN (INJ)
GLIADEL WAFER (IMPLANT)
GLUMETZA (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
GLYXAMBI (ORAL)
GOSERELIN ACETATE (IMPLANT)
GUAIFENESIN (ORAL)
HALAC (KIT)
HALONATE (KIT)
HALOPERIDOL DECANOATE (INJ)
HEMLIBRA SOLN (INJ)
HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)
HERCEPTIN HYLECTA SOLN (INJ)
HYALGAN (INJ)
HYDROQUINONE (TOPICAL)
HYDROQUINONE MICROSPHERES (TOPICAL)
HYDROQUINONE W/ SUNSCREENS (TOPICAL)
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE (ANTINEOPLASTIC) (INJ)
HYMOVIS (INJ)
HYPERTENSA (ORAL)
IBUPAK KIT
IBUPROFEN (OTC EQUIV) (ORAL)
IBUPROFEN W/ LINIMENT (KIT)
ILUMYA (INJ)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
ILUVIEN IMPLANT
IMCIVREE SOLN
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)
IMPEKLO LOTION
INCONTINENCE SUPPLIES/WOUND CARE DRAINAGE (SUPPLIES)
INFERTILITY DRUGS ⁽¹⁾
INFLATHERM KIT
INHALER, SPACER/CHAMBER (DEVICE)
IN-OFFICE ADMINISTERED PRODUCTS *
INTRAROSA (VAG)
INTRAROSA INST (VAG)
INTRA-UTERINE DEVICES (IUDS)
INTRAVENOUS INJECTIONS *
INVEGA HAFYERA (INJ)
INVEGA SUSTENNA SUSP (INJ)
INVEGA TRINZA SUSP (INJ)
INVOKAMET IR & XR (ORAL)
ISOVACTIN AA PLUS BERRY (ORAL)
IV CATHETER (SUPPLIES)
IV SETS/TUBING (SUPPLIES)
JANUMET IR & XR (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
JENTADUETO IR & XR (ORAL)
KARAYA GUM (TOPICAL)
KAZANO (ORAL)
KELARX GEL
KETOCAL 3:1 POWDER (ORAL)
KETOCAL 4:1 LQ (ORAL)
KETOCAL 4:1 POWDER (ORAL)
KETOCONAZOLE & CLEANSER (KIT)
KETODAN (KIT)
KETOROCAINE-L (KIT)
KETOROCAINE-LM (KIT)
KETOROLAC TROMETHAMINE (INJ)
KETOTIFEN FUMARATE (OPHTH)
KETOVIE 4:1 (ORAL)
KETOVIE PEPTIDE (ORAL)
KOMBIGLYZE XR (ORAL)
LANSOPRAZOLE (OTC EQUIV) (ORAL)
LATISSE SOLN 0.03 %
LEQVIO (INJ)
LETROZOLE (ORAL) ⁽¹⁾
LEUPROLIDE ACETATE & NORETHINDRONE ACETATE (KIT)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
LEUPROLIDE ACETATE (INJ)
LEVITRA (ORAL) ⁽²⁾
LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE (ORAL)
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) OTC (ORAL)
LEVONORGESTREL IUD (DEVICE)
LICART PATCH
LIDOCAINE PATCH 5 %
LIDOCAINE-PENTAFLUOROPROP-TETRAFLUOROETH-ULTRASOUND (KIT)
LIDOCAINE-PRILOCAINE (KIT)
LIDOCAINE-PRILOCAINE-MENTHOL-METHYL SALICYLATE (KIT)
LIDOCAINE-PRILOCAINE-SODIUM CHLORIDE (KIT)
LIDOCAINE-TRANSPARENT DRESSING (KIT)
LIDOMARK KIT
LIDOTIN THPK
LIDOPAC (KIT)
LIDOPURE PATCH (KIT)
LIDOMARK KIT
LIDOVIX KIT
LIFEMS NALOXONE PSKT
LIMBREL (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
LIPISTART (ORAL)
LIPRITIN THPK
LIQUIGEN (ORAL)
LIRAGLUTIDE (WEIGHT MANAGEMENT) (INJ)
LISTER-V (ORAL)
LMR PLUS KIT
LOPROX KIT
LORCASERIN HCL (ORAL)
LORVATUS PHARMAPAK (KIT)
LOXAPINE (INH)
LUKAID GLA (ORAL)
LUNGLAID (ORAL)
MACI SHEET
MAKENA (INJ)
MARDEX-25 (KIT)
MCT OIL (ORAL)
MECLIZINE HCL (ORAL)
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP (INJ)
MELOXICAM W/ LINIMENT (KIT)
MEMANTINE HCL-DONEPEZIL HCL (ORAL)
MENOTROPINS (INJ) ⁽¹⁾

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
MENTHOL (MOUTH-THROAT) (ORAL)
MENTHOREAL-10 THPK
METFORMIN HCL 625 MG
MIACALCIN (INJ)
MICONAZOLE NITRATE (VAG)
MICROVIX KIT
MINOXIDIL (TOPICAL)
MIRVASO GEL (TOPICAL)
MISC NATURAL WEIGHTLOSS PRODUCTS (ORAL)
MONOBENZONE (TOPICAL)
MONOGEN (ORAL)
MONOVISC (INJ)
MUGARD (ORAL)
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FOLIC ACID (ORAL)
MUSE PELLETS (IMPLANT) ⁽²⁾
NALTREXONE (INJ)
NALTREXONE HCL-BUPROPION HCL (ORAL)
NAMZARIC CP24 (ORAL)
NAPROPAK (PACK)
NAPROTIN KIT
NAPROXEN SODIUM-MENTHOL (PACK)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
NAPROXEN W/ LINIMENT (KIT)
NAPROXEN-CAPSAICIN-MENTHOL (KIT)
NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM (ORAL)
NASAL ANTI-INFLAMMATORY STEROIDS (NASAL)
NEOCATE JUNIOR (ORAL)
NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS (ORAL)
NEOCATE NUTRA (ORAL)
NEOCATE'S E028 SPLASH (ORAL)
NEO-SYNALAR (KIT)Bottom of Form
NEUAC (KIT)
NEUREMEDY (ORAL)
NEUROXA KIT
NEXIUM (ORAL)
NEXPLANON CONTRACEPTIVE IMPLANT
NICAZELDOXY 30 (KIT)
NIZATIDINE (ORAL; Not Include Soln 15 mg/ 5 ml)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION-DECONGESTANT-SALICYLATE (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)
NOPIOID-TC KIT
NORITATE (TOPICAL)
NOVOLIN 70-30 (INJ)
NOVOLIN N (INJ)
NOVOLIN R (INJ)
NUDROXICIN (TOPICAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
NUDROXIPAK (KIT)
NUCALA INJ
NUCARACLINPAK KIT
NUCARARXPAK KIT
NUDERMRXPAK
NUVAIL SOLN
NUVAKAAN (KIT)
NYSTATIN & EXFOLIATING AGENT (KIT)
OMEGA-3/D-3 WELLNESS (KIT)
OMEPRAZOLE-SODIUM BICARBONATE (ORAL)
ONEXTON GEL (TOPICAL)
ORAL SYRINGES (SUPPLIES)
ORAL WOUND CARE PRODUCTS (ORAL)
ORLISTAT (ORAL)
ORTHOVISC (INJ)
OSENI (ORAL)
OSPHENA (ORAL) ⁽²⁾
OTC PRODUCTS *
OXLUMO SOLN
OXYTROL PATCH
OZURDEX OPHTHALMIC (IMPLANT)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
PAINGO KFT (KIT)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION PACK
PAPAVERINE (INJ) ⁽²⁾
PAPAVERINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE (INJ) ⁽²⁾
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾
PARENTERAL ADMINISTRATION SETS (SUPPLIES)
PATADAY (OPHTH)
PECTIN (MOUTH-THROAT) (ORAL)
PEDIADERM AF (KIT)
PEDIADERM HC (KIT)
PEDIZOLPAK THPK
PENNSAID SOLN
PENTICAN THPK
PERCURA (ORAL)
PERSERIS (INJ)
PHENAZOPYRIDINE HCL (ORAL)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE (ORAL) ⁽³⁾
PHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
PHENTERMINE HCL (ORAL) ⁽³⁾
PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE (ORAL) ⁽³⁾

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
PHENTOLAMINE MESYLATE (INJ) ⁽²⁾
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾
PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN (ORAL)
PHENYLEPHRINE-DIPHENHYDRAMINE-GUAIFENESIN-ACETAMINOPHEN (ORAL)
PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN (ORAL)
PHENYLEPHRINE-IBUPROFEN (ORAL)
PHENYLTOLOXAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
PLIXDA PADS (EXTERNAL)
PRASTERA (ORAL)
PRENATAL VITAMIN PREPARATIONS
PREVACID (ORAL)
PREVACID SOLUTAB
PREVIDENT (DENTAL)
PRILO PATCH KIT
PRIZOTRAL KIT
PROBARIMIN QT (ORAL)
PROBIOTIC PRODUCT (PACK)
PROGESTERONE (INJ) ⁽¹⁾
PROGESTERONE (VAG)
PROGESTERONE MICRONIZED (ORAL) ⁽¹⁾

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
PROLIA SOLN (INJ)
PROMETHAZINE W/ CODEINE (ORAL)
PROPECIA (ORAL)
PRO-STAT MAX (ORAL)
PRO-STAT RENAL CARE (ORAL)
PRO-STAT SUGAR FREE (ORAL)
PRO-STAT SUGAR FREE AWC (ADVANCED WOUND CARE) (ORAL)
PRO-STAT SUGAR FREE AWC (ORAL)
PROSTIN VR (INJ) ⁽²⁾
PROTEOLIN (ORAL)
PROXIVOL GEL
PSEUDOEPHEDRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)
PSEUDOEPHEDRINE-GUAIFENESIN (ORAL)
PSEUDOEPHEDRINE-IBUPROFEN (ORAL)
PSEUDOEPHEDRINE-NAPROXEN SODIUM (ORAL)
QTERN (ORAL)
QUINOSONE KIT
RABIES IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)
RANITIDINE HCL (TABS/CAPS)
RAYASORE KIT
REBLOZYL (INJ)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
RELTONE (ORAL)
REMICADE (I.V.)
RETHYMIC IMPLANT
RETISERT (IMPLANT)
RHEUMATE (ORAL)
RHO D IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)
RHOFADE CREAM (TOPICAL)
RIDUZONE (ORAL)
RITUXAN HYCELA SOLN (INJ)
ROSADAN KIT (TOPICAL)
RYLAZE SOLN (INJ)
SCARCIN LIQUID (TOPICAL)
SCULPTRA (INJ)
SEGLUROMET (ORAL)
SENTRA AM (ORAL)
SENTRA PM (ORAL)
SEXUAL DYSFUNCTION DRUGS (ORAL/INJ) ⁽²⁾
SIBUTRAMINE HCL MONOHYDRATE (ORAL) ⁽³⁾
SIGNIFOR LAR (INJ)
SIKLOS 1000 MG (ORAL)
SILA III (PACK)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
SILALITE (PACK)
SILAZONE THP (TOPICAL)
SILDENAFIL CITRATE (ORAL) ⁽²⁾
SILVER CARBOXYMETHYLCELLULOSE SOD/BANDAGES & RELATED PRODUCTS (SUPPLIES)
SINUVA IMPLANT
SMARTRX GABA THPK (PACK)
SMARTRX GABA-V THPK (PACK)
SODIUM FLUORIDE (DENTAL)
SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE (DENTAL)
SOLARAVIX (PACK)
SOLESTA GEL (IMPLANT)
SOLQUA SOPN (INJ)
SOLOX GEL (TOPICAL)
SPACER/AEROSOL HOLDING CHAMBERS (DEVICE)
SPRAVATO (NASAL)
STAXYN (ORAL) ⁽²⁾
STEGLUJAN (ORAL)
STENDRA (ORAL) ⁽²⁾
STRATAGRAFT
SUBLOCADE SOSY INJ

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
SUMATRIPTAN-NAPROXEN SODIUM (ORAL)
SUPER SOLUBLE DUOCAL (ORAL)
SUPPRELIN LA/VANTAS (KIT)
SUSVIMO IMPLANT
SYNAGIS (INJ)
SYNJARDY IR & XR (ORAL)
SYNVISC (INJ)
TAZAROTENE (FACIAL WRINKLES) (TOPICAL)
TEARS AGAIN HYDRATE (ORAL)
TECVAYLI (INJ)
TERBINAFINE-HYDROXYPROPYL CHITOSAN (KIT)
TESTOSTERONE CYPIONATE (KIT)
TESTOSTERONE PELLETS (IMPLANT)
THERAMINE (ORAL)
THROAT LOZENGES (ORAL)
THYROTROPIN ALFA (INJ)
TICALAST
TICASPRAY (NASAL)
TIZANIDINE & LINIMENT (PACK)
TOCILIZUMAB (INJ)
TORADOL (INJ)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
TOVET KIT
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION (KIT)
TOXOIDS (INJ)
TOZAL (ORAL)
TRELSTAR MIXJECT SUSR (INJ)
TREPADONE (ORAL)
TRETINOIN (FACIAL WRINKLES) (TOPICAL)
TRETINOIN W/ CLEANSER & MOISTURIZER (KIT)
TRETIN-X (KIT)
TREXIMET (ORAL)
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (NASAL)
TRIAMCINOLONE ACETONIDE-DIMETHICONE-SILICONE (KIT)
TRIAMCINOLONE ACETONIDE-SILICONE (PACK)
TRILOCICLO KIT
TRIGLIDE (ORAL)
TRIJARDY XR (ORAL)
TRI-LUMA (TOPICAL)
TRIPTODUR (INJ)
TRIXYLITRAL PACK
TRYPSIN, BALSAM PERU AND CASTOR OIL (TOPICAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
UREA (TOPICAL)
UROFOLLITROPIN PURIFIED (INJ) ⁽¹⁾
UTI-STAT (ORAL)
VACCINE/TOXOID COMBO (INJ)
VACCINES (INJ)
VALLEGEL PREP KIT
VANIQA (TOPICAL)
VAROPHEN KIT
VASCAZEN (ORAL)
VASCULERA (ORAL)
VASOLEX (TOPICAL)
VAYACOG (ORAL)
VAYARIN (ORAL)
VAYAROL (ORAL)
VENLAFAXINE HCL ER (TAB)
VERAMYST SUSP (NASAL)
VIAGRA (ORAL) ⁽²⁾
VIMOVO (ORAL)
VITRASERT (IMPLANT)
VIVLODEX (ORAL)
VOLTAREN GEL 1 %

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial

HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
VP-GSTN (ORAL)
VP-PRECIP (ORAL)
VSL#3 (ORAL)
VUITY SOLN
WHYTEDERM (KIT)
WOUND DRESSINGS (SUPPLIES)
WPR PLUS WOUND HEALING SYSTEM
XARACOLL IMPLANT
ZEYOCAINE KIT
XGEVA (INJ)
XIGDUO XR (ORAL)
XOLAIR (INJ)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
XRYLIX (TOPICAL)
XULTOPHY SOPN (INJ)
XYZAL (ORAL)
YOSPRALA (ORAL)
YUTIQ (IMPLANT)
ZERVIATE SOLN (OPHTH)
ZILACAINE PATCH
ZILRETTA (INJ)
ZINC CITRATE-PHYTASE (ORAL)
ZOLGENSMA (I.V.)
ZOLADEX (IMPLANT)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

Bàsɔ̀ò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-632-9700** (TTY **711**)

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**1-800-632-9700** (TTY **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi.
Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

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。**1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éi ná hóló, kóji' hódíilnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o.
E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.