[DATE]

[(if 2527=M, populate)2356-2395]

[(if 2527=L, populate)2528-2567]

[103-122] [124-153]

[2396-2435]

[2436-2475]

[2476-2515], [2516-2517] [2518-2522]-[2523-2526]

ID del Miembro: [F54]

Objeto: Coordinación de Beneficios para Cobertura de Medicamentos Recetados

Estimado/a [103-122] [124-153]:

Gracias por ser miembro de [PlanName] para su cobertura de la Parte D de Medicare.

El propósito de esta carta es solicitar su revisión de otra cobertura de medicamentos recetados y/u otra cobertura de seguro de salud que tenemos en nuestros expedientes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Revise la información de su otra cobertura abajo para asegurar que sea correcta y que esté actualizada.**

* Si la información concuerda con exactitud, usted no necesita hacer más nada.
* Si la información en la tabla de abajo está incompleta, es incorrecta o si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados que no está indicada, es importante que llame al Cuidado al Cliente al 1-866-824-4054, [SpanishCustomerCareHours]. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CustomerCareTTY].

Así es cómo debe comparar su cobertura actual con lo que está indicado en esta carta:

1. Encuentre todas las tarjetas de identificación de sus aseguradoras de medicamentos recetados.
2. Compare la información en su tarjeta de identificación sobre el Nombre de la Aseguradora, Fechas de Entrada en Vigencia y Vencimiento, y los códigos de RxID, RxGroup, RxBin y RxPCN con los indicados abajo. (La cobertura adicional puede indicarse al dorso de esta página).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Aseguradora** | | **Fecha de entrada en vigencia** | **Fecha de vencimiento** |
| [pos 156 - 187] | | [pos 239 - 246] | [pos 247 - 254] |
| **RxID** | **RxGroup** | **RxBin** | **RxPCN** |
| [pos 188 - 207] | [pos 224 - 238] | [pos 208 - 213] | [pos 214 - 223] |

[(If a second history is provided, populate the following table)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Aseguradora** | | **Fecha de entrada en vigencia** | **Fecha de vencimiento** |
| [pos 255 - 286] | | [pos 338 - 345] | [pos 346 - 353] |
| **RxID** | **RxGroup** | **RxBin** | **RxPCN** |
| [pos 287 - 306] | [pos 323 - 337] | [pos 307 - 312] | [pos 313 - 322] |

]

[(If a third history is provided, populate the following table)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Aseguradora** | | **Fecha de entrada en vigencia** | **Fecha de vencimiento** |
| [pos 354 - 385] | | [pos 437 - 444] | [pos 445 - 452] |
| **RxID** | **RxGroup** | **RxBin** | **RxPCN** |
| [pos 386 - 405] | [pos 422 - 436] | [pos 406 - 411] | [pos 412 - 421] |

]

[(If a fourth history is provided, populate the following table)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Aseguradora** | | **Fecha de entrada en vigencia** | **Fecha de vencimiento** |
| [pos 453 - 484] | | [pos 536 - 543] | [pos 544 - 551] |
| **RxID** | **RxGroup** | **RxBin** | **RxPCN** |
| [pos 485 - 504] | [pos 521 - 535] | [pos 505 - 510] | [pos 511 - 520] |

]

[(If a fifth history is provided, populate the following table)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Aseguradora** | | **Fecha de entrada en vigencia** | **Fecha de vencimiento** |
| [pos 552 - 583] | | [pos 635 - 642] | [pos 643 - 650] |
| **RxID** | **RxGroup** | **RxBin** | **RxPCN** |
| [pos 584 - 603] | [pos 620 - 634] | [pos 604 - 609] | [pos 610 - 619] |

]

Llame al 1-866-824-4054 en caso de preguntas. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CustomerCareTTY]. Estamos abiertos [SpanishCustomerCareHours].

Gracias.

Su privacidad es importante para nosotros. Los empleados de SilverScript están capacitados sobre la forma apropiada de manipular su información privada de salud.