[DATE]

[(if F108=M, populate)F101]

[(if F108=L, populate)F109]

[F8] [F9] [F10]

[F102]

[F103]

[F104], [F105] [F106]-[F107]

Objeto: Otra cobertura de medicamentos recetados

Estimado/a [F8] [F10]:

Gracias por inscribirse en el plan [PlanName] para su cobertura de la Parte D de Medicare. Al momento de su inscripción, usted indicó que tenía otra cobertura de medicamentos recetados. Después de revisar su solicitud de inscripción, es necesario que obtengamos información adicional sobre su otra cobertura de medicamentos recetados.

Para asegurar que reciba todos sus beneficios, comuníquese con el departamento de Cuidado al Cliente para proporcionar la información faltante. Usted puede encontrar esta información en la tarjeta de identificación de su compañía de seguros. Tenga a la mano su tarjeta de identificación del seguro antes de llamar.

Usted puede comunicarse con el Cuidado al Cliente al 1-866-824-4054, [SpanishCustomerCareHours].Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [CustomerCareTTY]. Uno de nuestros capacitados representantes gustosamente le ayudará.

Atentamente,

Su Equipo de Beneficios de SilverScript

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