<Fecha>

<NOMBRE BENEFICIARIO>

<Direccion Postal>

<Nombre Municipio, Puerto Rico>

<Codigo Postal>

Estimado(a) beneficiario(a):

En <***NOMBRE ASEGURADORA>***., estamos comprometidos con garantizar la continuidad y el acceso a servicios a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, Vital. Este comunicado es para notificarles que la siguiente farmacia continuará brindado servicio bajo el contrato con el Plan de Salud del Gobierno (PSG).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NPI de farmacia | Nombre de farmacia | Dirección física |
| 1043483753 | ABC PHARMACY, INC | 201 AVENIDA DE DIEGO STE 55SAN JUAN PR, 00927 |

El propósito de este comunicado es informarle que podrá seguir recibiendo servicios en la farmacia arriba mencionada. Los beneficiarios que visitan esta farmacia y tienen recetas vigentes no tendrán que consultar a sus médicos primarios o GMPs para obtener una nueva receta.

De necesitar información adicional sobre este particular, puede llamar para orientación al centro de llamadas de **NOMBRE DE LA ASEGURADORA y NUMERO DE CALL CENTER, HORARIO Y DIAS DE OPERACION** . Igualmente, puede visitar uno de los Centros de Servicios o a través de la PAGINA WEB ASEGURADORA. Si requiere servicios telefónicos para audio-impedidos llame al (NUMERO TTY DE LA ASEGURADORA), También, puede comunicarse al Plan de Salud del Gobierno al Centro de Llamadas Vital al NUMERO CALL CENTER. El Centro de Llamadas está disponible de HORARIO CENTRO DE LLAMADAS, Y DIAS OPERACIÓN. .

 .

Cordialmente,

DEPARTAMENTO RESPONSABLE ASEGURADORA

NOMBRE ASEGURADORA

Disclaimer SECCION 1557 SEGÚN APROBADO POR ASES

**ASEGURADORA** *. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo*. **ASEGURADORA** *. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.* **ASEGURADORA** *. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人*

HORARIO DE ATENCION Y TTY