2D BAR CODE

[ReturnStandardAddress2] [ReturnStandardCity], [ReturnStandardState] [ReturnStandardZip]

[DATE]

[F101]

[F109]

[F8] [F9] [F10]

[F102]

[F103]

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

Estimado/a [F8] [F10]:

Gracias por llenar una solicitud en [PlanName]. Para finalizar su inscripción, nos gustaría confirmar que usted desea inscribirse en [PlanName].

Medicare nos ha informado que usted pertenecer a un plan de seguro de salud de un empleador o de un sindicato que incluye cobertura de medicamentos recetados tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Es importante que usted considere su decisión de inscribirse en nuestro plan atentamente. Si usted tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en [PlanName] podría cambiar la manera como funciona su cobertura. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato y si tiene un cónyuge o dependientes también podría perder su cobertura. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envíe. En caso de preguntas, visite nuestro sitio Web o contacte a la oficina listada en la comunicación. Si no hay información sobre quién contactar, llame al administrador de beneficios o a la oficina que responde preguntas sobre cobertura.

Si usted ya ha discutido esta decisión con su empleador o sindicato y ha decidido que usted desea ser miembro de [PlanName], **llame al número indicado abajo.** Su inscripción no estará completa hasta que llame y confirme esta información.

Debemos hablar con usted para inscribirle en nuestro plan. Si no tenemos noticias de usted en los siguientes 30 días a partir de la fecha de este aviso, no procesaremos su inscripción.

Para confirmar su inscripción y su fecha de entrada en vigencia el [F22], o en caso de preguntas, llame al [SpecEnrollNumber], [SpanishEnrollmentHours]. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al [EnrollmentTTY].

Gracias.