[DATE]

ID del Miembro: [F54]

[F101]

[F109]

[F8] [F9] [F10]

[F102]

[F103]

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

[(If F36=835 or 836 populate)**AVISO FINAL]**

Estimado/a [F8] [F9] [F10]:

[(If F36=831 or 836 populate)Usted recientemente se inscribió en el plan de medicamentos recetados de [PlanName] y los expedientes de Medicare muestran que usted podría deber una penalidad por inscribirse tarde de la Parte D.

Antes de inscribirse en [PlanName], parece que usted tuvo un periodo en el que no tuvo cobertura de medicamentos recetados del [F90] al [F91]. Si usted no tuvo cobertura de medicamentos recetados durante este periodo de tiempo que cumpliera con los estándares mínimos de Medicare, usted deberá pagar una penalidad en sus primas mensuales. Si usted tuvo cobertura de medicamentos recetados durante este periodo de tiempo, usted podría tener que evitar la penalidad enviando el formulario adjunto.]

[(If F36=830 or 835 populate)Antes de inscribirse en [PlanName], parece que usted no tuvo cobertura de medicamentos recetados que cumpliera con los estándares mínimos de Medicare. Si sus expedientes muestran que usted tuvo cobertura de medicamentos recetados del [F90] al [F91], usted podría evitar tener que pagar la penalidad mensual enviando el formulario adjunto.]

Llene el formulario adjunto y envíelo de inmediato a SilverScript Insurance Company, [ReturnEnrollAddress2], [ReturnEnrollCity], [ReturnEnrollState] [ReturnEnrollZip], o llámenos al 1-855-559-6434 (TTY: [CustomerCareTTY]), [SpanishCustomerCareHours], para darnos esa información antes del [ReturnMailDate].

Si usted no se comunica con SilverScript® Insurance Company antes del [ReturnMailDate],  
asumiremos que la información anterior es correcta y que usted debe una penalidad por inscribirse tarde de la Parte D.

Gracias,

SilverScript Insurance Company