2D BAR CODE 

P.O. Box 30004, Pittsburgh, PA 15222-0330

[DATE]

[F101]

[F109]

[F8] [F9] [F10]

[F102]

[F103]

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

Estimado/a [F8] [F10]:

Asegúrese de guardar esta carta en sus archivos.

Medicare le ha inscrito nuevamente en [PlanName] sin interrupción en la cobertura al [F22].

Usted debe seguir usando su farmacia de [PlanName] para sus cuidados de salud.

Usted puede seguir usando su tarjeta de miembro de [PlanName] que usted tiene actualmente.

La prima mensual de [PlanName] es [(if F33=7185, F3=3TIERNET and F48=100, populate)$0.00(F48=075 populate)$8.30(F48=050 populate)$16.60(F48=025 populate)$25.00(F48=000, populate)[PremiumAmount]+[F66]-[F134])][( if F33≠7185, populate)[F62]].Usted debe pagar esta prima cada mes para seguir inscrito en nuestro plan. Para obtener más información sobre nuestra política de desafiliación debido a la falta de pago de las primas, consulte nuestra política en su *Evidencia de Cobertura.*

Llame al [EnrollmentNumber] en caso de preguntas. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar [EnrollmentTTY]. Estamos disponibles [SpanishEnrollmentHours].

Gracias por su continua membresía en [PlanName].

SilverScript® Insurance Company