

**Centers for Medicare & Medicaid Services**  
c/o Survey Processing  
[INSERT VENDOR ADDRESS]



1 de abril de 2021

Estimado/a FNAME LNAME:

Hace poco le pedimos sus comentarios sobre sus experiencias con su plan de Medicare. **Si envió su encuesta por correo recientemente, gracias, y no tiene que hacer nada más.**

Si no, este es un recordatorio de cortesía de que estamos muy interesados en recibir noticias suyas.

**Esperamos que se tome unos minutos para completar la encuesta adjunta** para compartir sus comentarios sobre su plan de medicinas de Medicare. Medicare usa esta información para mejorar la atención y para ayudar a otras personas con Medicare a tomar decisiones más informadas sobre la atención médica.

El contestar la encuesta toma unos 10 minutos, y su información se mantiene privada bajo la ley. El participar es voluntario.

**De nuevo, le agradeceríamos mucho su ayuda con este importante proyecto.** Si usted tiene preguntas sobre esta encuesta, por favor llame gratis a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare al 1-XXX-XXX-XXXX, de lunes a viernes entre las XX a.m. - XX p.m., [INSERT TIME ZONE].

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AL', with a long horizontal line extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez  
Director, Medicare Drug Benefit and C & D Data Group