

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



28 de febrero de 2024

Estimado/a FNAME LNAME:

Le invitamos que tome parte en una encuesta importante sobre su experiencia con su plan de medicinas de Medicare. **En unos cuantos días, recibirá una invitación para completar la encuesta.**

Esperamos que usted nos dé sus comentarios y complete la encuesta. Sus respuestas ayudarán a mejorar los servicios de Medicare y ayudará a otras personas con Medicare a elegir un plan de medicinas.

También puede completar la encuesta en línea ahora, escribiendo esta dirección en su navegador web:

[URL]

Se le pedirá que ingrese un código de encuesta, por favor escriba: **«PIN»**

Gracias de antemano por su ayuda. 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 am y XX pm [INSERT TIME ZONE].

Atentamente,

Vanessa S. Duran
Medicare Drug Benefit and C & D Data Group
Centers for Medicare & Medicaid Services