

SUBJECT: Gustong malaman po ng Medicare ang feedback ninyo tungkol sa inyong drug plan

FROM: Medicare Experience team <VENDOR EMAIL ADDRESS>

OPTIONAL: SURVEY VENDORS MAY
INSERT HEALTH PLAN LOGO



Mahal na FNAME LNAME:

Ang email po na ito ay isang imbitasyon para sa inyo na sumali sa isang mahalagang survey mula sa Medicare tungkol sa mga karanasan ninyo sa inyong Medicare drug plan. **Lubusan po naming pinahahalagahan ang panahong ginamit ninyo para makumpleto ang survey na ito.** Makakatulong po ang feedback ninyo para mapabuti ang mga serbisyo ng Medicare at makatulong din sa ibang tulad ninyo sa pagpili ng drug plan.

Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ay ang pederal po na ahensyang namamahala sa Medicare program. Ginagamit po ng CMS ang impormasyong ito na nakuha sa survey para mapahusay ang pangangalaga at i-rate ang mga plan.

Mahalaga po ang boses ninyo. Ang survey po na ito ay aabutin lang ng ilang minuto.

Paki-click po sa link na ito para simulan ang survey: [\[PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN\]](#)

Para po sa mga tanong tungkol sa survey na ito, puwede po kayong mag-email sa survey organization na nagtatrabaho kasama ng Medicare sa [VENDOR EMAIL], o tumawag nang toll-free sa [VENDOR TOLL-FREE NUMBER]. Kung hindi po ninyo makukumpleto ang online survey, ipapadala namin sa post mail ang survey sa loob ng mga dalawang linggo.

Salamat po sa tulong ninyo.

Tandaan: Kung gusto po ninyong makatanggap ng kopya ng survey sa Tagalog, tumawag nang walang bayad sa numerong 1-XXX-XXX-XXXX, Lunes hanggang Biyernes mula XX am hanggang XX pm, [ET/CT/PT].