

Spanish

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

**2017 Prescription Drug Plan Survey
2ND MAILING COVER LETTER**

**THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK**

MA and PDP CAHPS Survey
2017 Prescription Drug Plan Survey
2ND MAILING COVER LETTER - SPANISH

[THE HEADING ABOVE IS NOT TO BE INCLUDED ON THE LETTER SENT TO PLAN MEMBERS]

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

[PLAN LOGO, NO PLAN ADDRESS]
[LAST DATE OF 2ND SURVEY MAILING]

Estimado Beneficiario de Medicare:

Como persona que recibe beneficios de Medicare, usted merece recibir atención médica de la más alta calidad cuando la necesita. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), es la agencia federal que administra el programa de Medicare y nuestra responsabilidad es asegurar que usted reciba atención médica de alta calidad a un precio razonable. Una de las maneras que CMS puede cumplir con esa responsabilidad es obteniendo información directamente de usted sobre la atención que está recibiendo actualmente a través del programa de Medicare.

CMS está llevando a cabo una encuesta de personas con Medicare que están inscritas en un plan de medicinas recetadas para saber más sobre los servicios que reciben de su plan. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre los miembros de su plan. Le agradeceríamos si tomara el tiempo, más o menos 10 minutos, para completar este cuestionario. La exactitud de los resultados depende de la participación de usted y de las otras personas con Medicare que han sido seleccionadas para esta encuesta. Ésta es su oportunidad de ayudarle a CMS y a su plan de medicinas recetadas, a brindarle un mejor servicio.

Si cambió de plan de medicinas recetadas de Medicare para el 2017, por favor conteste las preguntas de esta encuesta pensando en sus experiencias en los últimos seis meses del 2016. Toda la información que proporcione es confidencial y está protegida por la Ley de Privacidad. La información que usted proporcione sólo será compartida con el personal de CMS que esté autorizado y con [SURVEY VENDOR NAME]. **Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria, y su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera sus beneficios de Medicare.** Sin embargo, su opinión y experiencias le ayudarán a otras personas con Medicare al momento de tomar decisiones, por lo que esperamos que usted elija ayudarnos.

Hace poco le mandamos esta encuesta por correo pero no hemos recibido su encuesta completada. El saber más sobre sus experiencias es muy importante para nosotros. Si ya nos ha mandado la encuesta, muchas gracias por completarla. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor no dude en llamar gratis a [VENDOR DESIGNATE] al 1-XXX-XXX-XXXX, de lunes a viernes entre las XX:XX a.m. y las XX:XX p.m.

Gracias por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

Signature
[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]