

**Spanish**

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan  
(MA & PDP) CAHPS<sup>®</sup> Survey**

**2019 MA-only and MA-PD Survey  
*INITIAL COVER LETTER***

**MA & PDP CAHPS Survey**  
**2019 MA-only and MA-PD Survey**  
**INITIAL 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 1<sup>ST</sup> 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 de doctores en los que usted puede confiar. 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 y de su plan de salud de Medicare.

CMS está llevando a cabo una encuesta de personas que tienen un plan de salud de Medicare para saber más sobre la atención y servicios de salud que reciben. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre los miembros de su plan de salud. Le agradeceríamos si tomara el tiempo, más o menos 15 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 salud, a brindarle un mejor servicio.

Si cambió de plan de Medicare para el 2019, por favor conteste las preguntas de esta encuesta pensando en sus experiencias en los últimos seis meses del 2018. 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 sobre su plan de salud, por lo que esperamos que usted elija ayudarnos.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame 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 de antemano por su participación.

Atentamente,

Signature  
[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]