

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



Ika-2 ng Abril, 2024

Mahal naming FNAME LNAME:

Kailan lang po ay nagpadala kami ng survey para sa feedback ninyo tungkol sa mga karanasan ninyo sa inyong Medicare drug plan. **Kung ipinadala na ninyo sa amin ang nasagutan ninyong survey, salamat po! Wala na pong kayong kailangang gawin.**

Ito po ay isang paalala na napakahalaga po sa Medicare na malaman ang inyong opinyon. Gusto po naming malaman ang tungkol sa pangangalaga na natanggap ninyo. Naglagay po kami ng isa pang kopya ng survey para sa inyo. Pagkatapos ninyong masagutan ang survey, pakibalik ito sa kasamang pre-paid na envelope.

**Umaasa po kami na gugugol kayo ng ilang minuto para ibahagi sa amin ang feedback ninyo** tungkol sa inyong Medicare drug plan. Gagamitin ng Medicare ang inyong mga sagot upang mapahusay ang pangangalaga at matulungan ang ibang tao na may Medicare sa pagpili ng drug plan nila.

Alam namin na mahalaga ang oras ninyo at ang survey ay tumatagal lamang ng ilang minuto upang sagutin. Boluntaryo po ang pagsali at ang impormasyon ninyo ay pananatiliing pribado ayon sa batas.

Para po sa mga tanong tungkol sa survey na ito, pakitawagan ang survey organization na nagtatrabahong kasama ng Medicare, toll-free sa 1-XXX-XXX-XXXX, Lunes - Biyernes mula XX am - XX pm [INSERT TIME ZONE].

Lubos na sumasainyo,

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