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



30 de marzo de 2027

Estimado/a FNAME LNAME:

Hace poco le mandamos una encuesta sobre sus comentarios acerca de sus experiencias con su plan de medicinas de Medicare. **Si envió su encuesta por correo recientemente, ¡gracias! No tiene que hacer nada más.**

Este es un recordatorio de cortesía de que recibir noticias suyas es importante para Medicare. Queremos saber sobre la atención que usted recibió. Hemos incluido otra copia de la encuesta para usted. Después de responder la encuesta, por favor devuélvala en el sobre adjunto con el porte o franqueo prepagado.

Esperamos que se tome unos minutos para compartir sus comentarios sobre su plan de medicinas de Medicare. Medicare usará sus respuestas para mejorar la atención y para ayudar a otras personas con Medicare a elegir un plan de medicinas.

Sabemos que su tiempo es valioso y la encuesta sólo toma unos minutos para contestar. El participar es voluntario, y su información se mantiene privada bajo la ley.

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, [ET/CT/PT].

Atentamente,

Center for Medicare

Nota: Si le gustaría recibir una copia de la encuesta en español, por favor llame gratis al 1-XXX-XXX-XXXX de lunes a viernes entre las XX am y XX pm, [ET/CT/PT].