SUBJECT: Medicare quiere su opinión sobre su plan de medicinas
FROM: Equipo de Experiencia Medicare <VENDOR EMAIL ADDRESS>

OPTIONAL: SURVEY VENDORS MAY INSERT HEALTH PLAN LOGO



Estimado/a «FNAME» «LNAME»:

Le invitamos que tome parte en una encuesta importante de Medicare sobre su experiencia con su plan de medicinas de Medicare. **Le agradeceríamos mucho que se tomara el tiempo para responder esta encuesta.** Sus comentarios mejorarán los servicios de Medicare y ayudarán a otras personas como usted a elegir un plan de medicinas.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. CMS usa la información de esta encuesta para mejorar la atención y calificar los planes. **Su voz importa.** El completar la encuesta sólo toma unos minutos.

Por favor haga clic en este enlace para comenzar la encuesta: [PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN]

Si usted tiene preguntas sobre esta encuesta, puede mandar un correo electrónico a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare a [VENDOR EMAIL] o llame gratis al [VENDOR TOLL-FREE NUMBER]. Si usted no completa la encuesta en línea, le mandaremos la encuesta por correo en aproximadamente dos semanas.

Gracias por su ayuda.

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].