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



24 de febrero de 2027

Estimado/a FNAME LNAME:

Le invitamos que tome parte en una encuesta importante sobre su experiencia con su plan de medicinas de Medicare. **En unos cuantos días, recibirá una invitación para completar la encuesta.**

Esperamos que usted nos dé sus comentarios y complete la encuesta. Sus respuestas ayudarán a mejorar los servicios de Medicare y ayudará a otras personas con Medicare a elegir un plan de medicinas.

También puede completar la encuesta en línea ahora, escribiendo esta dirección en su navegador web:

[URL]

Se le pedirá que ingrese un código de encuesta, por favor escriba: **«PIN»**

O puede usar la cámara de su teléfono para escanear el código QR: [QR Code]

Gracias de antemano por su ayuda. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, puede enviar un correo electrónico a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare a [VENDOR EMAIL] o llamar gratis 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].