

SUBJECT: Medicare quiere su opinión sobre su plan de salud
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 salud 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 salud.

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.