

# Attachment III: MA-Only Prenotification Letter

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850



OMB 0938-1113

<<name>>  
<<address1>>  
<<address2>>  
<<city>>, <<state>> <<zip>>

Si quiere una encuesta en español  
por favor llame al 1-855-400-3657.

In a few days, you'll get a survey in the mail about your experiences with your former Medicare health plan. We'd greatly appreciate your time to help us with this survey. Information from the survey will help other people with Medicare choose a health plan.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is conducting this survey to learn **why people leave their Medicare health plan**. Your name was selected because Medicare records show you recently switched or dropped your Medicare health plan:

- Your former Medicare plan or coverage was:

<<PLAN\_NAME>>  
Provided by <<PBP NAME (CONTRACT #)>>

- Your new Medicare plan or coverage is:

<<NEW\_NAME>>  
Provided by <<NEW PBP NAME (NEW CONTRACT #)>>

Your voice is important. The survey takes less than 15 minutes, and your information is kept confidential under the Privacy Act. **Completing the survey is voluntary, and your decision to participate or not won't affect your Medicare benefits in any way.**

If you have questions, please call toll-free 1-855-400-3657 Monday-Friday from 9 a.m. to midnight Eastern time.

Thank you for your help with this important survey.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Amy Larrick Chavez-Valdez". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez

Director Medicare Drug Benefit and C & D Data Group

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850



**OMB 0938-1113**

Si quiere una encuesta en español por favor llame al 1-855-400-3657.

En unos cuantos días, recibirá por correo una encuesta sobre sus experiencias con su antiguo plan de salud de Medicare. Le agradeceríamos que se tome un momento para ayudarnos con esta encuesta. La información de la encuesta le ayudará a otras personas que tienen Medicare a escoger un plan de salud.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están realizando esta encuesta para averiguar **porque las personas dejan su plan de salud de Medicare**. Su nombre fue seleccionado porque los registros de Medicare indican que usted recientemente cambió o canceló su plan de salud de Medicare:

- Su antiguo plan o cobertura de Medicare era:  
<<PLAN\_NAME>> (Contract #: <<CONTRACTID>>)
- Su nuevo plan o cobertura de Medicare es:  
<<NEW\_NAME>> (Contract #: <<NEW\_ID>>)

Su opinión es importante. La encuesta toma menos de 15 minutos y su información se mantendrá de manera confidencial bajo la Ley de Privacidad. **El completar la encuesta es voluntario, y su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna forma sus beneficios de Medicare.**

Si tiene preguntas, por favor llame gratis al 1-855-400-3657 de 9:00 a.m. a medianoche, hora del Este de lunes a viernes.

Gracias por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Amy Larrick Chavez-Valdez", with a long horizontal flourish extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez

Director interior

Beneficio de medicamentos y Grupo de datos C y D de Medicare