

<PAT\_NAME>  
<ADDRESS>

\*<FINDER>\* E2

Dear <SALUTATION>:

You recently got a survey from Medicare about your experiences with your former Medicare health or drug plan, <PREV\_BENEFIT>. If you already sent this survey back, thank you, and you don't need to do anything else.

**This is a friendly reminder that we're very interested in your experiences.** We greatly appreciate your response, which will help other people with Medicare choose a health or drug plan.

Medicare is conducting this survey to learn why people leave their health or drug plan. Medicare uses information from this survey to monitor plans and improve care. Please return the survey in the enclosed pre-paid envelope.

**Your voice matters.** We know your time is valuable. The survey will only take a few minutes. Your information is kept private by law and your participation is voluntary.

For questions about this survey, please call the survey organization working with Medicare toll-free at 1-855-400-3657 Monday-Saturday from 9 a.m. to 11 p.m. Eastern Time.

Again, thank you for your help with this important survey.

Sincerely,



Amy Larrick Chavez-Valdez  
Director, Medicare Drug Benefit and C & D Data Group

## Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850



\*<FINDER>\* E2

Estimado/a <SALUTATION>:

Recientemente recibió una encuesta de Medicare sobre sus experiencias con su antiguo plan de salud o de medicinas recetadas <PREV\_BENEFIT>. Si ya devolvió la encuesta, muchas gracias y no necesita hacer nada más.

**Le recordamos atentamente que estamos muy interesados en sus experiencias.** Le estamos muy agradecidos por su respuesta la cual ayudará a otras personas con Medicare a seleccionar un plan de salud o de medicinas recetadas.

Medicare está realizando esta encuesta para averiguar por qué las personas dejan su plan de salud o de medicinas recetadas. Medicare utiliza información de esta encuesta para monitorear a los planes y mejorar la atención. Por favor devuelva la encuesta en el sobre con el porte prepagado.

**Su opinión cuenta.** Sabemos que su tiempo es valioso. La encuesta solo tomará unos cuantos minutos. Su información se mantendrá privada conforme a la ley y su participación es voluntaria.

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, por favor llame gratis a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare al 1-855-400-3657 de lunes a sábado de 9 a.m. a 11 p.m., hora del Este.

Gracias de nuevo por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Amy', with a long horizontal flourish extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez  
Director, Beneficio de medicamentos y Grupo de datos C y D de Medicare