

Si desea solicitar el cuestionario en español, por favor llame al número de teléfono gratuito 1-855-400-3657.

<PAT_NAME>
<ADDRESS>

<FINDER> E1

Dear <SALUTATION>:

In a few days, you'll get a survey in the mail about your experiences with your former Medicare health or drug plan. **We'd greatly appreciate your feedback.** Your responses 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 and to improve care. Your name was selected because you recently changed or dropped your health or drug plan:

- Your former health or drug plan was:

<PREV_BENEFIT>
Provided by <PREV_PLAN_CODE>

- Your new plan or coverage is:

<NEW_BENEFIT>
Provided by <NEW_PLAN_CODE>

Your voice matters. The survey takes just a few minutes, and your information is kept private by law. 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.

Thank you in advance 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



Si desea solicitar la encuesta en español, por favor llame al número de teléfono gratuito 1-855-400-3657.

<FINDER> E1

Estimado/a <SALUTATION>:

En los próximos días, recibirá por correo una encuesta sobre sus experiencias con su antiguo plan de salud o de medicinas recetadas de Medicare. **Le estaríamos muy agradecidos si nos diera sus comentarios al respecto.** Sus respuestas le ayudarán 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 y para mejorar la atención. Su nombre fue seleccionado porque usted recientemente cambió o canceló su plan de salud o de medicinas recetadas:

- Su antiguo plan de salud o de medicinas recetadas era:

<PREV_BENEFIT>

Provisto por <PREV_PLAN_CODE>

- Su nuevo plan o cobertura es:

<NEW_BENEFIT>

Provisto por <NEW_PLAN_CODE>

Su opinión cuenta. La encuesta toma solo unos cuantos minutos y su información se mantendrá privada conforme a la ley. 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 antemano 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