

Medicare 與 Medicaid 服務中心
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05
Baltimore, Maryland 21244-1850



<PAT_NAME>
<ADDRESS>

<FINDER> E1

親愛的 <SALUTATION> :

過幾天，您將收到一份郵寄的調查問卷，是關於您先前參加聯邦醫療保險（Medicare）醫療或藥物計劃的體驗。我們將十分感謝您能提供寶貴的反饋意見。您的回覆將幫助其他參加 Medicare 的人選擇適合他們的醫療或藥物計劃。

Medicare 進行這項問卷調查是為了瞭解人們退出醫療或藥物計劃的原因，以此來提高醫護質量。您之所以被選中參與這次問卷調查是因為您最近更換或退出了先前選擇的醫療或藥物計劃：

- 您先前參加的醫療或藥物計劃是：

< PREV_BENEFIT >

由 <PREV_PLAN_CODE> 提供

- 您的新計劃或保險是：

<NEW_BENEFIT>

由 <NEW_PLAN_CODE> 提供

您的意見**至關重要**。完成這份問卷只需要幾分鐘的時間，且您的個人資訊將依法被保密。參與填寫這份問卷為自願性質的。

如果您對這份問卷調查有任何疑問，請於週一至週六，美國東部時間上午 9 點至晚上 11 點撥打免費電話 1-855-400-3657，即可與 Medicare 的問卷合作機構取得聯繫。

在此，我們誠摯感謝您對這項重要問卷調查的幫助。

Medicare 處方藥福利與 C 部分及 D 部分數據團隊

Vanessa S. Duran, 敬上