

**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> :

我們的記錄顯示您最近**更換**或退出了 Medicare 醫療或藥物計劃。我們希望瞭解您之前參加 Medicare <PREV\_BENEFIT> 計劃的體驗。

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，希望以此來**提高醫護質量**。從問卷中所獲得的資訊將幫助其他參加 Medicare 的人選擇適合他們的**健保計劃**。請您把填妥的問卷放入隨附的已付郵資的回郵信封內寄回。

**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。

如果您對這項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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Vanessa Duran", is positioned above the typed name.

Vanessa S. Duran, 敬上