

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



2023 년 3 월 2 일

LNAME FNAME 님께

며칠 후 귀하께 메디케어 의료 보험 관련 경험을 묻는 중요한 설문조사를 우편으로 보내드릴 것입니다. **우편이 도착하면 설문조사를 완료하여 의견을 알려주시기 바랍니다.** 귀하의 답변으로 메디케어를 이용하는 다른 사람들이 의료 보험을 선택하는 것을 도울 수 있습니다.

메디케어는 이 설문조사 답변을 이용하여 보험을 평가하고 치료를 개선합니다. 온라인 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 및 'Medicare & You' 안내서에서 보험 평가에 관하여 자세히 확인하실 수 있습니다.

귀하의 의견은 중요합니다. 설문조사는 몇 분밖에 걸리지 않으며 귀하의 정보는 법적으로 보호됩니다. 설문조사는 자발적으로 참여하실 수 있습니다.

도와주시면 감사하겠습니다.

설문조사에 관하여 질문이 있는 경우 메디케어 협력 설문조사 기관에 전화해주십시오. 수신자 부담 전화 1-XXX-XXX-XXXX, 월요일~금요일 XXam - XXpm [INSERT TIME ZONE].

감사합니다

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