SUBJECT: 메디케어는 귀하의 의약품 보험에 관하여 의견을 듣고자 합니다.
FROM: 메디케어 경험팀 <VENDOR EMAIL ADDRESS>

OPTIONAL: SURVEY VENDORS MAY INSERT HEALTH PLAN LOGO

«LNAME» «FNAME» 님께,

이것은 메디케어 의약품 보험에 관하여 귀하의 경험을 묻는 중요한 메디케어 설문조사에 참여해주시길 부탁드리는 이메일입니다. **시간을 내어 설문조사를 작성해주시면 대단히 감사하겠습니다.** 귀하의 의견으로 메디케어 서비스를 개선하고 다른 사람들이 의약품 보험을 선택하는 것을 도우실 수 있습니다.

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 메디케어 프로그램을 관리하는 정부 기관입니다. CMS 는 이 설문조사의 정보를 이용하여 서비스를 개선하고 보험을 평가합니다. **귀하의 의견은 중요합니다.** 설문조사는 몇 분밖에 걸리지 않습니다.

설문조사를 시작하려면 이 링크를 클릭해주십시오: [PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN]

설문조사에 관하여 질문이 있는 경우 [VENDOR EMAIL](으)로 이메일을 보내거나 수신자 부담 전화 [VENDOR TOLL-FREE NUMBER](으)로 전화하여 메디케어 협력 설문조사 기관에 문의하실 수 있습니다. 온라인으로 설문조사를 작성하지 않으시는 경우 약 2 주 후 우편으로 설문조사를 발송해드리겠습니다.

도와주셔서 감사합니다.