

Korean

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

**2019 MA-only and MA-PD Survey
*INITIAL COVER LETTER***

MA & PDP CAHPS Survey 2019 MA-only and MA-PD Survey INITIAL COVER LETTER

[THE HEADING ABOVE IS NOT TO BE INCLUDED ON THE LETTER SENT TO PLAN MEMBERS]

[SURVEY VENDOR LOGO]

[PLAN LOGO ONLY NO ADDRESS]

[SURVEY VENDOR ADDRESS]

[LAST DATE OF 1ST SURVEY MAILING]

Medicare 수혜자님께:

Medicare 수혜자로서 귀하께서는 필요할 때 신뢰하는 의사로부터 최상의 진료를 받으실 자격이 있습니다. Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 프로그램을 관리하는 연방 정부 기관이며, 귀하께서 합리적인 가격에 최상의 진료를 받으시도록 하는 것을 의무로 삼고 있습니다. CMS가 이 같은 의무를 이행하는 방법의 하나는 Medicare 프로그램과 귀하의 Medicare 건강 플랜 하에서 현재 받고 계시는 서비스에 대해 귀하께 직접 알아보는 것입니다.

CMS는 귀하께서 받으시는 진료 서비스에 대해 더 알아보기 위해 Medicare 건강 플랜 수혜자를 대상으로 설문조사를 시행하고 있습니다. 귀하의 성함은 귀하의 건강 플랜 가입자 중에서 CMS가 무작위로 선정하였습니다. 15분 정도 시간을 내어 본 설문지를 작성하여 주신다면 대단히 감사하겠습니다. 조사 결과의 정확성은 본 설문조사에 선정되신 귀하를 비롯한 다른 Medicare 수혜자들의 답변을 받는 데 달려 있습니다. 이것은 CMS와 귀하의 건강 플랜이 귀하께 더 나은 서비스를 제공하도록 귀하께서 도와실 기회입니다.

2019년 Medicare 플랜을 변경하셨다면 2018년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 설문에 응답해 주시기 바랍니다. 귀하께서 제공하시는 모든 정보는 비밀로 유지되며 사생활 보호법으로 보호됩니다. CMS와 [SURVEY VENDOR NAME]에서 허가받은 직원 외에는 귀하의 정보를 확인할 수 없습니다. **이 설문조사에 반드시 참여하실 필요는 없습니다. 귀하의 도움은 자발적이며 참여 여부에 대한 결정은 귀하의 Medicare 혜택에 어떤 영향도 미치지 않습니다.** 그러나 귀하의 지식과 경험은 다른 Medicare 수혜자들이 건강 플랜을 더 자세히 알고 선택하는 데 도움이 되므로, 귀하께서 시간을 내어 주시기를 바라고 있습니다.

설문조사에 관하여 질문이 있으시면 월요일부터 금요일까지 오전 XX:XX 시에서 오후 XX:XX 시 사이에 [SURVEY VENDOR NAME] 수신자 부담 번호 1-XXX-XXXX(으)로 [VENDOR DESIGNATE]에 연락해주시십시오.

귀하의 참여에 미리 감사드립니다.

귀하의 건강을 빕니다.

서명

[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]