

Korean

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

**2019 Prescription Drug Plan Survey
2ND MAILING COVER LETTER**

MA & PDP CAHPS Survey 2019 Prescription Drug Plan Survey 2ND MAILING COVER LETTER

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

[SURVEY VENDOR LOGO]
[SURVEY VENDOR ADDRESS]

[PLAN LOGO ONLY NO ADDRESS]
[LAST DATE OF 2ND SURVEY MAILING]

Medicare 수혜자님께:

Medicare 수혜자로서 귀하께서는 필요할 때 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 프로그램 하에서 현재 받고 계시는 서비스에 대해 귀하께 직접 알아보는 것입니다.

CMS는 귀하의 처방약 플랜을 통해 받으시는 서비스에 대해 더 알아보기 위해 Medicare 처방약 플랜에 등록된 Medicare 수혜자를 대상으로 설문조사를 시행하고 있습니다. 귀하의 성함은 귀하의 플랜 가입자 중에서 CMS가 무작위로 선정하였습니다. 10분 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 처방약 플랜이 귀하께 더 나은 서비스를 제공하도록 귀하께서 도우실 기회입니다.

2019년 Medicare 처방약 플랜을 변경하셨다면 2018년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 설문문에 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 더 자세히 알고 선택하는데 도움이 되므로, 귀하께서 시간을 내어 주시기를 바라고 있습니다.

저희는 최근에 귀하께 같은 설문조사를 우편으로 발송하였으나, 아직 답변을 받지 못하였습니다. 귀하의 경험에 대해 알아보는 것은 저희에게 대단히 중요합니다. 이미 설문조사를 발송하셨다면 완료해주셔서 감사합니다. 설문조사에 관하여 질문이 있으시면 월요일부터 금요일까지 오전 XX:XX시에서 오후 XX:XX시 사이에 [SURVEY VENDOR NAME] 수신자 부담 번호 1-XXX-XXXX(으)로 [VENDOR DESIGNATE]에 연락해주시십시오.

중요한 설문조사에 도움을 주셔서 감사합니다.

귀하의 건강을 빕니다.

서명
[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]