

**Vietnamese**

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan  
(MA & PDP) CAHPS<sup>®</sup> Survey**

**2018 Prescription Drug Plan Survey  
*INITIAL COVER LETTER***

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

**MA & PDP CAHPS Survey**  
**2018 Prescription Drug Plan Survey**  
**INITIAL COVER LETTER - Vietnamese**

[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 1<sup>ST</sup> SURVEY MAILING]

Kính gửi Quý Khách hàng Medicare:

Là người hưởng Medicare, quý vị xứng đáng được cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế với phẩm chất tốt nhất khi quý vị cần. Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, hay CMS) là cơ quan liên bang điều hành chương trình Medicare và có trách nhiệm đảm bảo quý vị được cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có phẩm chất tốt với giá cả phải chăng. Một trong những cách CMS có thể chu toàn trách nhiệm này là trực tiếp tìm hiểu từ quý vị về sự chăm sóc sức khỏe quý vị hiện được hưởng theo chương trình Medicare.

CMS đang thực hiện một cuộc thăm dò ý kiến với những người có Medicare ghi danh vào chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare để tìm hiểu thêm về dịch vụ quý vị nhận được qua chương trình bảo hiểm của mình. Tên của quý vị đã được CMS chọn ngẫu nhiên trong nhóm những người đã ghi danh trong chương trình bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi thành thật cảm ơn quý vị và xin quý vị dành chút thời giờ, khoảng 10 phút, để điền bản thăm dò ý kiến này. Mức chính xác của kết quả sẽ tùy thuộc vào việc chúng tôi nhận được sự trả lời từ quý vị và những người có Medicare khác được chọn tham gia cuộc thăm dò ý kiến này. Đây là cơ hội để quý vị giúp CMS và chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị phục vụ quý vị tốt hơn.

Nếu quý vị có đổi chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare cho năm 2018, khi trả lời các câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến, vui lòng nghĩ đến những kinh nghiệm của quý vị trong sáu tháng cuối năm 2017. Tất cả thông tin mà quý vị cung cấp sẽ được giữ kín và bảo vệ theo Đạo luật Bảo vệ quyền Riêng tư. Thông tin của quý vị sẽ không được tiết lộ với bất kỳ ai ngoài người được ủy quyền tại CMS và [SURVEY VENDOR NAME]. **Quý vị không bắt buộc phải tham gia cuộc thăm dò ý kiến này. Sự giúp đỡ của quý vị là tự nguyện và quyết định của quý vị tham gia hoặc không tham gia cuộc thăm dò ý kiến này sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi Medicare của quý vị dưới bất kỳ hình thức nào.** Tuy nhiên, kiến thức và kinh nghiệm của quý vị sẽ giúp những người khác có Medicare lựa chọn chương trình bảo hiểm của họ chính chắn hơn.

Nếu quý vị có thắc mắc gì về cuộc thăm dò ý kiến này, vui lòng gọi [VENDOR DESIGNATE] thuộc [SURVEY VENDOR NAME] theo số điện thoại miễn phí 1-XXX-XXX-XXXX, từ thứ hai đến thứ sáu, từ XX giờ sáng đến XX giờ chiều.

Chúng tôi chân thành cảm ơn trước sự tham gia của quý vị.

Trân trọng,

Chữ ký

[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]

Nota: Si le gustaría recibir una copia de la encuesta en español, por favor llame gratis a [VENDOR DESIGNATE] de [SURVEY VENDOR NAME] al 1-xxx- xxx-xxxx de lunes a viernes entre XX:XX a.m. y XX:XX p.m.