

<PAT\_NAME>  
<ADDRESS>

\*<FINDER>\* E1

Dear <SALUTATION>:

In a few days, you'll get a survey in the mail about your experiences with your former Medicare health or drug plan. **We'd greatly appreciate your feedback.** Your responses will help other people with Medicare choose a health or drug plan.

Medicare is conducting this survey to learn why people leave their health or drug plan and to improve care. Your name was selected because you recently changed or dropped your health or drug plan:

- Your former health or drug plan was:

**<PREV\_BENEFIT>**  
Provided by <PREV\_PLAN\_CODE>

- Your new plan or coverage is:

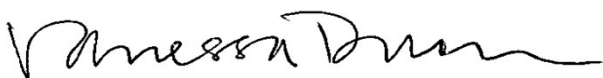
**<NEW\_BENEFIT>**  
Provided by <NEW\_PLAN\_CODE>

**Your voice matters.** The survey takes just a few minutes, and your information is kept private by law. Your participation is voluntary.

For questions about this survey, please call the survey organization working with Medicare toll-free at 1-855-400-3657 Monday-Saturday from 9 a.m. to 11 p.m. Eastern Time.

Thank you in advance for your help with this important survey.

Sincerely,



Vanessa S. Duran  
Medicare Drug Benefit and C & D Data Group

Si quiere recibir una copia de la encuesta en español, llame gratis al 1-855-400-3657.

若您想收到中文版的調查問卷，請致電免費電話 1-855-400-3657

[placeholder: Vietnamese message]

## Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05  
Baltimore, Maryland 21244-1850



\*<FINDER>\* E1

Estimado/a <SALUTATION>:

En los próximos días, recibirá por correo una encuesta sobre sus experiencias con su antiguo plan de salud o de medicinas recetadas de Medicare. **Le agradeceríamos mucho si nos diera sus comentarios al respecto.** Sus respuestas ayudarán a otras personas con Medicare a seleccionar un plan de salud o de medicinas recetadas.

Medicare está realizando esta encuesta para averiguar por qué las personas dejan su plan de salud o de medicinas recetadas y para mejorar la atención. Su nombre fue seleccionado porque usted recientemente cambió o canceló su plan de salud o de medicinas recetadas:

- Su antiguo plan de salud o de medicinas recetadas era:

<PREV\_BENEFIT>

Provisto por <PREV\_PLAN\_CODE>

- Su nuevo plan o cobertura es:

<NEW\_BENEFIT>

Provisto por <NEW\_PLAN\_CODE>

**Su opinión cuenta.** La encuesta toma solo unos cuantos minutos y su información se mantendrá privada conforme a la ley. Su participación es voluntaria.

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, por favor llame gratis a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare al 1-855-400-3657 de lunes a sábado de 9 a.m. a 11 p.m., hora del Este.

Gracias de antemano por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

Vanessa S. Duran

Beneficio de medicamentos de Medicare y Grupo de datos C y D

Si quiere recibir una copia de la encuesta en español, llame gratis al 1-855-400-3657.

若您想收到中文版的調查問卷，請致電免費電話 1-855-400-3657

[placeholder: Vietnamese message]