

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 부탁드립니다. 시간을 내어 설문조사를 작성해주시면 대단히 감사하겠습니다. 귀하의 의견으로 메디케어 서비스를 개선하고 다른 사람들이 의약품 보험을 선택하는 것을 도울 수 있습니다.

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

설문조사를 시작하려면 이 링크를 클릭해주시요: [\[PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN\]](#)

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 2주 후 우편으로 설문조사를 발송해드리겠습니다.

도와주셔서 감사합니다.