

SUBJECT: 聯邦醫療保險需要知道您對藥物計劃的意見

FROM: 聯邦醫療保險用戶經驗團隊 <VENDOR EMAIL ADDRESS>

OPTIONAL: SURVEY VENDORS MAY  
INSERT HEALTH PLAN LOGO



«LNAME» «FNAME», 您好：

這封電子郵件邀請您參加聯邦醫療保險一項關於您對聯邦醫療保險藥物計劃之體驗的重要問卷調查。 **非常感謝您撥冗填寫這項問卷調查。** 您的意見將用於改善聯邦醫療保險（Medicare）的服務並幫助像您一樣的人選擇藥物計劃。

醫療保險和醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）是負責管理聯邦醫療保險（Medicare）計劃的聯邦機構。醫療保險和醫療補助服務中心使用這份問卷調查的資訊來改善醫療服務，並對保險計劃評分。 **您的意見很重要。** 完成問卷調查只需幾分鐘。

請點擊此連結開始問卷調查：[\[PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN\]](#)

若對這份問卷調查有任何疑問，您可寄送電子郵件至[VENDOR EMAIL]以聯絡與聯邦醫療保險合作的問卷調查公司，或撥打免費電話號碼[VENDOR TOLL-FREE NUMBER]。如果您並未在線上填寫問卷調查，我們會在約兩星期內將問卷調查郵寄給您。

感謝您的協助。

附註：如果您想收到中文版的問卷，請於 [ET/CT/PT] 週一至週五上午 XX 至下午 XX 致電免付費專線 1-XXX-XXX-XXXX。