Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05
Baltimore, Maryland 21244-1850

FOR OFFICIAL ICH CAHPS USE ONLY:
CMS LOGO INSERTED HERE

[DATE]
[FIRST NAME] [LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE AND ZIP]

请与我们谈谈您对于透析护理的看法

尊敬的 [LAST NAME] [FIRST NAME]:

您最近收到了一份来自 Medicare 的调查，以了解您在 [FACILITY NAME] 的感受。如果您已经将本调查寄回，我们在此向您表达谢意！您无需再做其他任何步骤。

如果您尚未寄回本调查，**我们谨在此善意地提醒您，我们非常希望能够了解您的感受。**您的回复有助于他人选择适合的透析中心，并帮助 Medicare 提高您和其他类似患者所接受的透析护理的整体质量。请将本调查置于随附的预付信封中寄回。

您的意见很重要。我们深知您的时间十分宝贵。您的参与纯属自愿，且将根据相关法律对您的信息进行保密。您可以前往 www.medicare.gov/care-compare 站点的 “provider type − Dialysis Facilities” (服务提供者类型 − 透析设施) 网页链接了解更多有关本调查的信息，并查看透析中心和工作人员的评分。有关调查的常见问题和答案，您还可以浏览 https://ichcahps.org 并点击 “DIALYSIS PATIENTS Click Here” (透析患者点击此处) 按钮。

如对本调查有其他任何问题，请于 [DAYS]，[HOURS AND TIME ZONE] 拨打免费电话 [VENDOR 800 NUMBER] 联系 [VENDOR NAME]。*(For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].)*

在此感谢您协助改善透析护理。

此致

FOR OFFICIAL ICH CAHPS USE ONLY:
CMS STAFF SIGNATURE INSERTED HERE

Vanessa S. Duran
Medicare 药物福利和 C & D 数据集团

依据 1995 年《减少文书作业法》之规定(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非信息收集表上标有有效的美国预算管理局(OMB)控制编号，否则任何人都不是必须提交表中要求的信息。本信息收集表的有效 OMB 控制编号为 0938-0926。估计完成本表所需的平均时间为每份 16 分钟，这包括阅读说明、搜寻现有数据源、收集所需数据、完成和审阅信息收集表所需的时间。若您对于该预估时间的准确性有任何意见，或有改善此表格的建议，请写信至: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.