

[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

来自美国联邦医疗保险 (MEDICARE) 的重要信息

尊敬的[LAST NAME]:

这是一份来自于美国联邦医疗保险和医疗补助服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 也称为 CMS) 的关于透析病人的重要调查, CMS也就是提供医疗保险的政府部門。請您花幾分鐘讀一下, 然後完成這份調查問卷, 問卷與您在 [FACILITY NAME] 得到的護理有關。完成後, 請把問卷放在已付郵資的信封中寄回來。

如何處理調查結果?

Medicare 保險機構將會在**透析設施比較**, 即 *Dialysis Facility Compare* 網站上分享調查結果: www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare。此網站上將能幫助透析病人及家庭找到並比較 Medicare 保險機構認證的透析設施。

您所有的回答都將受到隱私法的保護, 任何人都不會通過您的回答而知道您的名字。您可以參與此調查, 也可以不參與, 都不會影響到您的任何醫療福利。

如何填寫問卷?

請不要叫[FACILITY NAME]裏的人員幫您選擇答案, 對您的透析治療, 您應當真實反映自己的意見。

- 如果您**僅在透析中心接受透析治療**, 第1題請選擇“透析中心”, 然後請到第2題, 並回答問卷中所有適合您的問題。
- 如果您接受**任何居家透析或腹膜透析治療**, 第1題請選擇“在家”選項, 然後請轉到第45題。
- 如果您目前**不再接受透析治療**, 第1題請選擇第三個選項, 然後請轉到第45題。

有疑問嗎?

關於這份調查, 如果您有任何疑問, 或者希望收到西班牙語版本的問卷, 請致電調查管理員 [VENDOR NAME], 他們的電話是[VENDOR PHONE NUMBER]。

提前感謝您參與這項重要的問卷調查!

誠摯敬意,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]