

[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, 问卷与您在[FACILITY NAME]得到的护理有关。

我们最近给您寄过一份同样的问卷, 但还没有收到您的回复。通过此问卷了解您的经历非常重要。请花几分钟填写, 并将问卷放在已付邮资的信封中寄回来。如果您已经寄回, 非常感谢。

如何处理调查结果?

Medicare 保险机构将会在这个 *透析设施比较*, 即 *Dialysis Facility Compare* 网站上公布调查结果: www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare。此网站上的信息将帮助透析病人及家庭找到并比较 Medicare 保险机构认证的透析设施。

您所有的回答都将受到隐私法的保护, 任何人都不会通过您的回答而知道您的名字。您可以参与此调查, 也可以不参与, 都不会影响到您的任何医疗福利。

如何填写问卷?

请不要叫[FACILITY NAME]里的人员帮您选择答案, 对您的透析治疗, 您应当真实反映自己的意见。

- 如果您仅在透析中心接受透析治疗, 第 1 题请选择“透析中心”选项, 然后请转到第 2 题, 并回答问卷中所有需要回答的问题。
- 如果您接受任何居家透析或腹膜透析治疗, 第 1 题请选择“在家”选项, 然后请转到第 45 题。
- 如果您目前不再接受透析治疗, 第 1 题请选择第三个选项, 然后请转到第 45 题。

有疑问吗?

关于这份调查, 如果您有任何疑问, 或者希望收到西班牙语版本的问卷, 请致电调查管理员 [VENDOR NAME], 他们的电话是[VENDOR PHONE NUMBER]。

提前感谢您参与这项重要的问卷调查!

诚挚敬意,

[NAME]

[TITLE]

[PRINT SID HERE]