

[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]:

這是一份來自於美國聯邦醫療保險和醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, 也稱為 CMS）的關於透析病人的重要調查，問卷與您在[FACILITY NAME]得到的護理有關。

我們最近給您寄過一份同樣的問卷，但還沒有收到您的回復。通過此問卷瞭解您的經歷非常重要。請花幾分鐘填寫，並將問卷放在已付郵資的信封中寄回來。如果您已經寄回，非常感謝。

如何處理調查結果？

Medicare 保險機構將會在這個 *透析設施比較*，即 *Dialysis Facility Compare* 網站上公佈調查結果：www.Medicare.gov/DialysisFacilityCompare。此網站上的資訊將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”選項，然後請到第 2 題，並回答問卷中所有需要回答的問題。
- 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]