

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]

请与我们联系谈谈您对于透析护理的看法

尊敬的 [HONORIFIC.] [LAST NAME]:

这是 Medicare 针对透析护理接受者所进行的一项调查。我们希望您抽空与我们分享您对于 [FACILITY NAME] 的感受。您的反馈有助于 Medicare 提高您和其他类似患者都在接受的透析护理的整体质量，并帮助其他人选择适合他们的透析中心。

您可以前往 www.medicare.gov/care-compare 站点的“provider type – Dialysis Facilities” (供应商类型 – 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。

您的意见很重要。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。任何人都不能将您的姓名与您的答案联系起来。

请不要向 [FACILITY NAME] 的任何人员寻求有关本调查的帮助。对于您接受的透析护理，我们希望您能够提供您自己的意见。请将本调查置于随附的预付回邮信封中寄回。

如对本调查有任何问题，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

Amy Larrick Chavez-Valdez

Medicare 药物福利和 C & D 数据集团主任

依据 1995 年《减少文书作业法》之规定，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, Baltimore, Mailstop c1-25-05, Maryland 21244-1850.