

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]

請告訴我們關於您的透析照護

[HONORIFIC.] [LAST NAME] 您好:

您最近收到了 Medicare 針對您在 [FACILITY NAME] 的經驗的調查問卷。如果您已經寄回這份問卷，謝謝您! 您無需再做其他任何步驟。

如果您尚未寄回調查問卷，**謹在此善意提醒您，我們非常有興趣瞭解您的體驗。** 您的回答有助於他人選擇適合的透析中心，且將協助 Medicare 改善您和其他類似患者所接受的透析照護的整體品質。請將調查問卷置於隨附的預付回郵信封寄回。

您的意見很重要。 我們瞭解您的時間非常寶貴。您的參與純屬自願，且您的資訊會依法保密。有關此調查的更多資訊以及透析中心和工作人員的評分，請參閱 www.medicare.gov/care-compare 網站的“provider type – Dialysis Facilities” (服務提供者類型-透析設施) 網頁連結。

如對本調查有任何問題，請於 [DAYS], [HOURS AND TIME ZONE] 撥打免費電話 [VENDOR 800 NUMBER] 與 [VENDOR NAME] 聯繫。 (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].*)

謹在此感謝您協助改善透析照護。

謹致

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

Amy Larrick Chavez-Valdez

Medicare 藥物福利與 C & D 資料組主任

依據 1995 年《減少文書作業法》之規定，除非資訊收集表上標有有效的美國預算管理局 (OMB) 控制編號，否則任何人都不是必須提交表中要求的資訊。本資訊收集表的有效 OMB 控制編號為 0938-0926。估計完成本表所需的平均時間為每份 16 分鐘，這包括閱讀說明、搜尋現有資料來源、收集所需資料、完成和審閱資訊收集表所需的時間。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Mailstop c1-25-05, Maryland 21244-1850.