



< Date >

< BARCODE >

< IDNUMBER >

< BENEFICIARY/REP FULL NAME >

< ADDRESS >

< CITY STATE ZIP >

Agree to be surveyed

Thank you for telling < QIO name >, the Quality Improvement Organization (QIO) in your state, that you'd be willing to be surveyed on your or another person's experience with < QIO name >.

This survey is regarding your experience with < QIONAME > and the < complaint/appeal > process. According to our records, you or another person filed a < complaint/appeal > with Medicare about your experience on the date and about the provider below:

- < COMPLAINT/APPEAL DATE >
- < PROVIDER NAME >

How you can help

We need your help to improve the Medicare services you and other people with Medicare get by filling out and returning the survey. Any information you provide will be kept private and will not affect your or others Medicare benefits.

Your responses will help Medicare:

- Identify areas of strength and growth for the QIO program
- Support QIO improvement
- Identify best practices in resolving concerns

Get help & more information

For help with or questions about this survey, call AMSAQ Inc. at 1-888-518-2690 or send an email to qiosurvey@amsaq.com. We are working with AMSAQ on this important activity.

Your time to give feedback to Medicare is appreciated and helpful.

Sincerely,

Jean Moody-Williams
Director, Quality Improvement Group

Por favor vea el otro lado de esta hoja para la versión en español.



< Date >

<BARCODE>

<IDNUMBER>

<BENEFICIARY/REP FULL NAME>

<ADDRESS>

<CITY STATE ZIP>

Aceptar ser encuestado

Gracias por informarle a <QIO name>, la organización de su estado para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) que usted está dispuesto a participar en una encuesta acerca de su experiencia o la experiencia de otra persona con <QIO name>.

[Esta encuesta es acerca de su experiencia con <QIONAME> y el procedimiento con su <reclamación/apelación> Según nuestros archivos, usted u otra persona presentó una <reclamación/apelación > a Medicare acerca de su experiencia en la fecha y con el proveedor de servicios médicos a continuación.](#)

- [<COMPLAINT/APPEAL DATE>](#)
- [<PROVIDER NAME>](#)

Cómo nos puede ayudar

Necesitamos su ayuda contestando y devolviendo la encuesta para poder mejorar los servicios de Medicare que usted y otras personas reciben. Toda la información que usted nos dé se mantendrá en privado y no afectará sus beneficios de Medicare ni los beneficios de otras personas.

Sus respuestas ayudarán a Medicare a:

- identificar áreas de fortaleza y crecimiento para el programa de la QIO
- apoyar mejoras en la QIO
- identificar las mejores prácticas para resolver inquietudes

Obtener ayuda y mayor información

Si necesita ayuda o tiene preguntas acerca de esta encuesta, comuníquese con AMSAQ Inc. en el 1-888-518-2690 o envíe un correo electrónico a qiosurvey@amsaq.com. Estamos trabajando con AMSAQ en esta importante actividad.

Le agradecemos su tiempo y ayuda y por compartir sus comentarios con Medicare.

Atentamente,

Jean Moody-Williams
Directora, Quality Improvement Group