



7500 SECURITY BOULEVARD • BALTIMORE, MD 21244

Estimado/a [beneficiario/a de Medicare]:

Hace poco le enviamos un paquete de la encuesta en donde se le solicita su ayuda en nuestro esfuerzo por recopilar información acerca de las experiencias de los beneficiarios de Medicare que reciben tratamiento con inmunoglobulina para la enfermedad de inmunodeficiencia primaria (EIDP). Al día de hoy, aún no hemos recibido su cuestionario completado. (Si ya ha enviado el cuestionario, se lo agradecemos).

Si no ha completado la encuesta, por favor, tómese unos minutos para completar el formulario correspondiente y regréselo en el sobre con franqueo pagado que se adjunta. Sus comentarios son importantes porque ayudarán a mejorar los servicios relativos a la EIDP que ofrecemos. Los resultados de la encuesta nos ayudarán a evaluar nuestros esfuerzos actuales y a mejorar los servicios que les brindamos a usted y a otros beneficiarios de Medicare.

Si necesita asistencia, llame a la línea de ayuda de la encuesta al 800-674-7381.

Sus respuestas y su participación en esta encuesta son PRIVADAS, CONFIDENCIALES y están PROTEGIDAS por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sus respuestas de la encuesta se agruparán con las respuestas de todos los demás que participan en ella; su nombre y sus datos de identificación no estarán vinculados a sus respuestas.

Su participación en esta encuesta es voluntaria y no afectará la atención médica ni los beneficios que recibe.

Si le resulta más cómodo, puede **completar la encuesta en línea en [www.IGsurvey.com](http://www.IGsurvey.com)**. La página de portada de su formulario de la encuesta contiene su nombre de usuario y contraseña únicos.

Se adjuntan dos versiones de esta encuesta. Por favor, complete el formulario que le concierne y envíelo en el sobre con franqueo pagado que se proporciona.

**Si NO ESTÁ INSCRITO**

**en la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare\***



**Complete el Formulario A**



**Si ESTÁ INSCRITO**

**en la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare\***



**Complete el Formulario B**



¡Le agradecemos de antemano por participar en esta importante encuesta!

Saludos cordiales,

Pauline Karikari-Martin, PhD, MPH, MSN

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

410-786-1040 | [pauline.karikarimartin@cms.hhs.gov](mailto:pauline.karikarimartin@cms.hhs.gov)

\*La presente demostración de Medicare proporciona servicios de IgIV a domicilio para los beneficiarios inscritos. Si tiene alguna pregunta acerca de la demostración, comuníquese con NHIC, Inc., el contratista de la demostración de Medicare, de forma gratuita al 1-844-625-6284 o visite [www.medicarenhic.com](http://www.medicarenhic.com).