



7500 SECURITY BOULEVARD • BALTIMORE, MD 21244

Estimado/a [beneficiario/a de Medicare]:

Medicare está realizando una encuesta a todos los beneficiarios que reciben tratamiento con inmunoglobulina para la enfermedad de inmunodeficiencia primaria (EIDP). Necesitamos obtener sus comentarios para que nos ayuden a mejorar los servicios que les ofrecemos a usted y a otras personas que toman inmunoglobulina para tratar la EIDP.

Medicare necesita su ayuda para mejorar los servicios que les proporcionamos a usted y a otros. Queremos conocer más acerca de las experiencias de los beneficiarios respecto del tratamiento con inmunoglobulina (intravenosa o subcutánea) que reciben para tratar la EIDP. Asimismo, queremos saber cómo les está yendo a las personas con la Demostración de IgIV a domicilio de Medicare\*, y por qué algunas personas se han inscrito y otras no.

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. Llame a la línea de ayuda de la encuesta al 800-674-7381 si tiene preguntas respecto de cuál es el formulario que debe completar.

**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**



Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta después de leer las instrucciones, llame a la línea de ayuda de la encuesta al 800-674-7381.

Muchas gracias por participar en esta encuesta. Por favor, acepte los \$2.00 que se adjuntan como un pequeño gesto de nuestro agradecimiento.

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).