

Attachment C:

ICH CAHPS Pre-Notification Letter (English and Spanish)

Department of Health & Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop S2-24-25
Baltimore, Maryland 21244-1850



DATE

Dear Sir or Madam:

You deserve to get the highest quality medical care when you need it, from the doctors that you trust. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is the federal agency that pays for much of the in-center hemodialysis care in this country. Our job is to ensure that you get high quality in-center hemodialysis care. One of the ways we can do that is by hearing directly from you about the care you are currently receiving at your dialysis center.

In a few days, you will be contacted by «Vendor», an independent research organization, by mail or telephone with a survey asking about your experiences with your dialysis center. The survey is called the “Medicare In-Center Hemodialysis Survey.” Most people find it takes less than 20 minutes to answer the survey questions. This is your opportunity to help us serve you better. Your name was selected for the survey at random by CMS. All information you provide in the survey will be held in confidence by CMS and is protected by the Privacy Act. You do not have to participate in this survey. Your help is voluntary, and your decision to participate or not to participate will not affect your health care benefits in any way.

We hope that you will take the opportunity to answer the survey. Your knowledge and experiences could help other people receiving in-center hemodialysis make more informed health care choices. If you have any questions about the survey, please call «Vendor» toll-free at 1-«Telephone» between «Start» AM and «Stop» PM «Zone» Time, «Days».

Thank you for your help with this important survey.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Amy Larrick Chavez-Valdez". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez
Director
Medicare Drug Benefit and C & D Data Group

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0926. The time required to complete this information collection is estimated to average 16 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

Department of Health & Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop S2-24-25
Baltimore, Maryland 21244-1850



DATE

Estimado señor o estimada señora:

Usted merece recibir la más alta calidad de atención médica cuando lo necesita, de parte de los doctores en los que usted confía. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) es la agencia federal que paga la mayor parte de la atención médica en centros de hemodiálisis en este país. Nuestra tarea es asegurar que usted reciba atención de alta calidad en el centro de hemodiálisis. Una de las maneras de hacer esto es saber directamente de usted sobre la atención que recibe actualmente en su centro de diálisis.

En unos pocos días, alguien de «Vendor» se comunicará con usted, ya sea por correo o por teléfono, con una encuesta que le preguntará sobre sus experiencias con su centro de diálisis. La encuesta se llama “Medicare In-Center Hemodialysis Survey”. La mayoría de las personas dicen que les toma menos de 20 minutos en responder a las preguntas de la encuesta. Esta es su oportunidad para ayudarnos a servirle mejor.

Su nombre fue seleccionado al azar por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, quienes mantendrán en forma confidencial toda la información que usted proporcione en la encuesta y dicha información está protegida por la Ley de privacidad. Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria y su decisión de participar o no participar no afectará sus beneficios de atención médica de ninguna manera.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para responder la encuesta. Su conocimiento y sus experiencias pueden ayudar a otras personas que reciben servicios en centros de hemodiálisis a tomar decisiones más informadas con respecto a las opciones de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a «Vendor» libre de cargos al 1-«Telephone» entre «Start» AM y «Stop» PM «Zone», «Days».

Muchas gracias por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Amy Larrick Chavez-Valdez". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Amy Larrick Chavez-Valdez

Director

Medicare Drug Benefit and C & D Data Group

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.