Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05
Baltimore, Maryland 21244-1850

[DATE]
[FIRST NAME] [LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE AND ZIP]

請告訴我們關於您的透析照護

尊敬的 [LAST NAME] [FIRST NAME]:

這是 Medicare 針對透析照護接受者所進行的一項重要調查。我們希望您能抽空分享您對 [FACILITY NAME]感受。您的回饋意見有助於 **Medicare** 改善您和其他類似患者所接受的透析照護的整體品質，並幫助其他人選擇適合的透析中心。

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。有關調查的常見問題和答案，您還可以瀏覽 https://ichcahps.org 網站並點擊“DIALYSIS PATIENTS Click Here”(透析患者點擊此處) 按鈕。

您的意見很重要。我們每年最多可能會請您完成兩次調查，以便 Medicare 能夠瞭解透析患者的感受隨時間推移的變化。您的參與純屬自願，且您的資訊會依法保密。任何人都不能將您的姓名與您的答案相連結。

請勿向 [FACILITY NAME] 的任何人尋求有關本調查的協助。对于您接受的透析照護，我们希望您能够提供您自己的意见。請將調查問卷置於隨附的預付回郵信封寄回。

如對本調查有其他任何問題，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

Vanessa S. Duran
Medicare 藥物福利與 C & D 資料組主任