

CAHPS for MIPS Web Survey Invitation Letter-Spanish

[VENDOR LOGO]

[OPTIONAL: VENDORS MAY DISPLAY THE CMS
LOGO IN ADDITION TO VENDOR LOGO]

[SCHEDULED DATE OF LETTER MAILING]

Estimado/a [FIRST LAST]:

Le invitamos que tome parte en una encuesta importante acerca de la atención que recibe de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. CMS usa la información de esta encuesta para asegurarse que los pacientes de Medicare reciban la mejor atención posible. La encuesta pregunta acerca de su experiencia con un profesional médico específico que usted visitó en los últimos 6 meses.

Su voz cuenta. Completar la encuesta le tomará unos minutos y la información que proporcione se mantendrá privada conforme a la ley. La participación en la encuesta es voluntaria.

Por favor escriba esta dirección en su navegador web para comenzar la encuesta:

WEB SURVEY URL

Se le pedirá que ingrese un código de encuesta, por favor escriba: **«PIN»**

Si usted tiene preguntas sobre esta encuesta, puede mandar un correo electrónico a la organización de encuestas que está trabajando con Medicare a [VENDOR EMAIL] o llame gratis al [VENDOR TOLL-FREE NUMBER]. Si usted no completa la encuesta en línea, le mandaremos la encuesta por correo en aproximadamente dos semanas.

Gracias de antemano por su ayuda.

Atentamente,

[SIGNED BY SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]

Note: To request a copy of this survey in English, please call [VENDOR NAME] at [1-XXX-XXX-XXXX], Monday through Friday, 9:00am to 6:00pm [VENDOR TIME ZONE: ET/CT/MT/PT].