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

CUÉNTENOS SOBRE LA ATENCIÓN DE DIÁLISIS QUE RECIBE

«FirstName» «LastName» «MailDate»
«Address1» «Address2»
«City_Name», «State_Code» «Zip_Zip4»

Estimado(a) «FirstName» «LastName»:

Hace poco, usted recibió una invitación para completar una encuesta web de Medicare sobre sus experiencias con «facility name». Si ya completó esta encuesta web, ¡muchas gracias! No necesita hacer nada más.

Si todavía no ha completado la encuesta web, este es un cordial recordatorio de nuestro interés en conocer sus experiencias. **Sus opiniones ayudan a Medicare a mejorar la calidad general de la atención de diálisis que usted y otras personas como usted reciben, y también ayudan a otras personas a elegir un centro de diálisis adecuado para ellas.**

Hay varias formas de completar esta encuesta:

1. Devuelva esta encuesta en papel en el sobre adjunto que no necesita estampillas.
2. Escriba el enlace del sitio web a continuación en la barra de búsqueda de URL en la parte superior de su navegador web e ingrese el código de acceso para asegurar la privacidad.

   Encuesta: https://Dialysis-Survey.rti.org
   Código de acceso: «AccessCode»
3. Utilice la cámara de su teléfono inteligente o tableta para escanear este código QR y acceder a la encuesta.

Su voz importa. Sabemos que su tiempo es valioso. La participación es voluntaria y su información se mantiene privada según la ley. Nadie podrá asociar su nombre con sus respuestas. Puede obtener más información sobre la encuesta y ver las calificaciones de los centros de diálisis y del personal en el sitio web https://es.medicare.gov/care-compare bajo el tipo de proveedor y luego "Centros de diálisis."

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llame a RTI International, la organización que trabaja con Medicare, (gratis) al 1-866-245-8083 o envíe un mensaje de correo electrónico a ichcahpsmode@rti.org. *(The survey is also available in English at the personalized link above. If you have questions, please call us at the number listed above or send us an email).*

Gracias por ayudar a mejorar la atención de diálisis.

¡Nos importa su experiencia de diálisis!

Atentamente,

Centro de Medicare

<<SID>>

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. Esta recolección de información produce datos comparables de centros de diálisis para ayudar a los individuos a elegir un y para mejorar la atención. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es menos de 11 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la información recopilada. Esta recolección de datos es obligatoria para los centros de diálisis clasificados bajo 42 CFR §413.178(c)(iii) para cumplir con los requisitos del programa, y es voluntaria para los participantes de la encuesta. La confidencialidad está asegurada bajo 5 U.S.C. 552a (Ley de Privacidad de 1974). Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ****Divulgación del CMS**** **Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control de OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con ICHCAHPS@cms.hhs.gov.**