

CAHPS for MIPS Survey INITIAL COVER LETTER – Spanish

[THE HEADING ABOVE IS NOT TO BE INCLUDED ON THE LETTER SENT TO PATIENTS]

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]
[LAST DATE OF 1st SURVEY MAILING]

Estimado [FIRST LAST]:

Como persona con Medicare, usted merece recibir atención médica de la más alta calidad por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales con quienes interactúa en el sistema de atención médica. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. Para ayudar a que CMS monitoree la calidad de la atención disponible a través de Medicare, ellos necesitan obtener información directamente de los pacientes de Medicare. CMS desarrolló la encuesta de Evaluación del Consumidor acerca de los Proveedores y Servicios de Atención Médica (CAHPS) para poder recibir comentarios de los pacientes de Medicare.

[VENDOR NAME] está trabajando con CMS para llevar a cabo esta encuesta, y nos estamos comunicando con usted porque fue seleccionado al azar para recibir la encuesta adjunta. La encuesta pregunta acerca de su experiencia con un profesional médico específico que usted visitó en los últimos 6 meses. Visitas con este profesional médico pueden ser en persona, por teléfono o por videollamada. Para evaluar la calidad de la atención que se provee a los pacientes de Medicare, es importante que CMS conozca su experiencia. CMS valora su aporte.

La participación en la encuesta es voluntaria. Su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera sus beneficios de Medicare. Si decide participar, le tomará alrededor de 13 minutos en completar la encuesta. La información que proporcione en la encuesta se mantendrá privada conforme a la ley. Su información no será compartida con nadie más que el personal autorizado por CMS. Su encuesta completada no se compartirá con ninguno de sus profesionales de atención médica.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, llámenos gratis al [1-XXX-XXX-XXXX], de lunes a viernes, de 9:00 am a 6:00 pm [VENDOR TIME ZONE: ET/CT/MT/PT]. Aproveche esta oportunidad para ayudar a que CMS conozca más acerca de la calidad de atención que usted recibe. Gracias de antemano por su participación.

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].