

**CAHPS for MIPS Survey
SECOND 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 2nd SURVEY MAILING]**

Estimado [FIRST LAST]:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. [VENDOR NAME] está trabajando con CMS para llevar a cabo una encuesta sobre la calidad de la atención de salud que se recibe con el programa de Medicare. Le enviamos una encuesta acerca de un profesional médico específico que usted visitó en persona, por teléfono o por videollamada, y sus experiencias en los últimos 6 meses. Como no supimos más nada de usted, aquí le enviamos una nueva copia de la encuesta.

CMS lo ha seleccionado al azar para invitarlo a realizar esta encuesta. Esperamos que aproveche esta oportunidad para informar a CMS acerca de la calidad de la atención que recibe al completar esta encuesta. Debería tomarle alrededor de 13 minutos para completarla. La exactitud de los resultados depende de que obtengamos respuestas de usted y de las otras personas con Medicare que han sido seleccionadas para esta 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. No compartiremos su encuesta completada con ninguno de sus profesionales de atención médica. **Usted no está obligado a participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria, y ninguna decisión que tome acerca de la encuesta afectará sus beneficios de Medicare.**

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]. 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].