[FNAME] [LNAME]

[ADDRESS]

[CITY], [STATE] [ZIP]

[Date OF 1st SURVEY MAILING]

# Dear [FNAME] [LNAME],

As a person with Medicare, you deserve to get the highest quality medical care when you need it, from doctors, nurses, and other health care clinicians you interact with in the health care system. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is the federal agency that administers the Medicare program. To help CMS evaluate the quality of the care provided under Medicare, they need to hear directly from Medicare patients.

You have been randomly selected to take part in the enclosed Medicare survey about your experiences obtaining health care. [VENDOR NAME] is working with CMS to conduct this survey. You may have obtained health care in person, by phone, or by video call.

Your survey is voluntary and takes about 10 minutes. **Your answers are confidential and will not be shared with your provider and will not affect your health care benefits**. If needed, a family member or friend can help you by reading the questions, writing down your answers, or translating it into your language. If you cannot take the survey yourself because of physical and/or mental challenges, a family member or friend knowledgeable about your care can take the survey on your behalf.

If you have questions about the survey, please call us toll-free at [1-XXX-XXX-XXXX], between N:NN am to N:NN pm [VENDOR TIME ZONE: ET/CT/MT/PT], Monday through Friday. Please take this opportunity to help CMS learn about the quality of care you receive. Thank you in advance for your participation.

Sincerely,

Meghan Elrington-Clayton

Meghan Elrington-Clayton

Director, Division of Financial Risk

Seamless Care Models Group

Center for Medicare & Medicaid Innovation

For more information:

[Vendor]

[Vendor’s Helpdesk Number] - toll free

[Vendor’s Helpdesk Email]

[Vendor’s business address or mail processing subcontractor’s return address – matching the envelope]

Para ver esta carta en español, de vuelta a la página.

[FNAME] [LNAME]

[ADDRESS]

[CITY], [STATE] [ZIP]

[Date OF 1st SURVEY MAILING]

## Estimado(a) [FNAME] [LNAME],

Ya que usted es una persona que tiene Medicare, entonces merece recibir atención médica de la más alta calidad cuando la necesite, de doctores, enfermeras y otros profesionales de atención médica con los que tiene comunicación cuando usa los recursos y servicios del cuidado de la salud. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. Para ayudar a esta agencia a evaluar la calidad de la atención que se recibe bajo Medicare, necesitan escuchar directamente de los pacientes de Medicare.

Usted ha sido seleccionado(a) al azar para tomar parte en la encuesta adjunta de Medicare sobre sus experiencias al obtener atención médica. [VENDOR NAME] está trabajando con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar esta encuesta. Puede que usted haya obtenido atención médica en persona, por teléfono o por videollamada.

Su encuesta es voluntaria y toma como 10 minutos. **Sus respuestas son confidenciales y no se compartirán con su proveedor y esto no afectará sus beneficios de atención médica.** Si es necesario, un miembro de su familia o una amistad puede ayudarle leyendo las preguntas, anotando sus respuestas o traduciendo la encuesta a su idioma. Si usted no puede responder la encuesta por sí mismo(a) debido a dificultades físicas y/o mentales, un miembro de su familia o una amistad que tenga conocimiento sobre su atención médica puede responder la encuesta en su nombre.

Si tiene preguntas sobre la encuesta, puede llamarnos gratis al [1-XXX-XXX-XXXX], de lunes a viernes entre N:NN a.m. y N:NN p.m., [VENDOR TIME ZONE: hora del este/hora del centro/hora de la montaña/hora del pacífico]. Por favor, aproveche esta oportunidad para ayudar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a saber sobre la calidad de la atención que usted recibe. Gracias de antemano por su participación.

Atentamente,

Meghan Elrington-Clayton

Meghan Elrington-Clayton

Director, Division of Financial Risk

Seamless Care Models Group

Center for Medicare & Medicaid Innovation

[For more information:

[Vendor]

[Vendor’s Helpdesk Number] - toll free

[Vendor’s Helpdesk Email]

[Vendor’s business address or mail processing subcontractor’s return address – matching the envelope]

To read this letter in English, turn the page.