

**CAHPS[®] Survey for Accountable Care
Organizations (ACOs)
Participating in Medicare Initiatives**

**2016 CAHPS for ACOs Survey Second Cover Letter
(Mandarin)**

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Reporting Period 2016 CAHPS for ACOs Survey

SECOND COVER LETTER - Mandarin

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

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]

[LAST DATE OF 2nd SURVEY MAILING]

親愛的 [FIRST LAST] :

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 是管理 Medicare 計劃的聯邦機構，負責確保您獲得高品質的護理。CMS 履行這項責任的方式之一，就是直接從您那裡得知有關您目前在 Medicare 計劃中獲得的護理情況。

CMS 現在邀請您填寫一份問卷調查，分享您的醫療保健經驗。CMS 委託 [VENDOR NAME] 進行這項研究調查。CMS 從去看隨附問卷調查中所列的醫療保健提供者的人當中隨機選出您的名字。我們最近把這封問卷調查寄給您，但是一直沒有收到您的回音，所以我們現在重新寄一份給您。我們希望您能利用這個機會協助 CMS 瞭解您獲得的護理品質。問卷填寫需要 20 分鐘左右的時間。調查結果的準確性取決於您和其他被選出參加這項調查的 Medicare 受益人所提供的答案。您可以藉此機會協助 CMS 為您提供更好的服務。

回答問卷調查的問題時，請回想您在過去六個月的經歷。[VENDOR NAME] 將對能辨識您身分的資訊以及您提供的所有資訊保密，而且您的資訊受到美國 1974 年《隱私權法案》的聯邦法律保護。除了法律規定的情況外，[VENDOR NAME] 不會將您的資訊與獲授權的 CMS 人員以外的任何人分享。[VENDOR NAME] 不會將您的調查問卷與您的任何一位醫療保健提供者分享。您不必參加這項調查。您的協助屬於自願性質，您決定要參加或不參加都不會影響您的 Medicare 福利。

如果您對這項調查有任何問題，請在週一至週五東部時間上午 9 點到晚上 6 點撥打免費電話詢問 [VENDOR NAME]，電話是 [VENDOR NUMBER]。在此先謝謝您的參與！

謹此，

[SIGNED BY PROJECT LEADER OR SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]