

**CAHPS<sup>®</sup> Survey for Accountable Care  
Organizations (ACOs)  
Participating in Medicare Initiatives**

**2016 CAHPS for ACOs Survey Initial Cover Letter  
(Russian)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

# Reporting Period 2016 CAHPS for ACOs Survey

## INITIAL COVER LETTER - Russian

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

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]

[LAST DATE OF 1<sup>ST</sup> SURVEY MAILING]

Уважаемый(-ая) [FIRST LAST]!

Как участник программы Medicare, Вы вправе получать высококачественное медицинское обслуживание у врачей, медсестёр и других поставщиков медицинских услуг, которым Вы доверяете, по мере возникновения необходимости. Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – это федеральная организация, регулирующая деятельность программы Medicare и отвечающая за обеспечение высокого качества медицинского обслуживания. Возможность напрямую узнать Ваше мнение о качестве обслуживания в рамках программы Medicare является одним из способов, позволяющих CMS выполнять этот аспект своих обязанностей.

CMS проводит опрос среди участников программы Medicare с целью получения более подробной информации о качестве предоставляемого медицинского обслуживания. CMS заключила контракт с компанией [VENDOR NAME] на проведение этого опроса. Ваше имя было выбрано в произвольном порядке из числа пациентов, пользующихся услугами поставщика, имя которого указано в прилагаемой анкете. Мы будем Вам очень признательны, если уделите время заполнению этой анкеты. Это займет у Вас около 20 минут. Достоверность полученных результатов зависит от ответов, предоставленных Вами и другими участниками программы Medicare, которые были отобраны для этого опроса. Приняв участие в опросе, Вы сможете помочь организации CMS улучшить качество обслуживания.

Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты на основании своего опыта участия в программе за последние шесть месяцев. [VENDOR NAME] обязуется обеспечить конфиденциальность Ваших личных данных и всей предоставленной Вами информации. Помимо этого, защита Вашей информации обеспечивается федеральным законодательством США в рамках Закона о неприкосновенности частной жизни 1974 г. (Privacy Act of 1974). За исключением случаев, предусмотренных законом, [VENDOR NAME] не будет разглашать полученную от Вас информацию никаким другим лицам, кроме уполномоченных лиц CMS. [VENDOR NAME] не будет разглашать Ваши ответы Вашим поставщикам медицинских услуг. **Вы не обязаны принимать участие в данном опросе. Ваше участие является добровольным, и решение участвовать или не участвовать в нём никоим образом не повлияет на льготы, получаемые Вами в рамках программы Medicare.**

Мы надеемся, что Вы воспользуетесь этой возможностью помочь CMS составить представление о качестве получаемого Вами медицинского обслуживания. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в связи с прохождением этого опроса, звоните в компанию [VENDOR NAME] по бесплатному номеру телефона [VENDOR NUMBER] с понедельника по пятницу с 9:00 до 18:00 ч. по восточному поясному времени. Заранее благодарим Вас за участие!

С уважением,

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