

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

**2017 CAHPS for ACOs Survey Second Cover Letter  
(Spanish)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

# Reporting Period 2017 CAHPS for ACOs Survey *SECOND COVER LETTER – Spanish*

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

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]

[LAST DATE OF 2<sup>nd</sup> SURVEY MAILING]

Estimado [FIRST LAST]:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), es la agencia federal que administra el programa de Medicare y nuestra responsabilidad es asegurar que usted reciba atención médica de alta calidad a un precio razonable. Una de las maneras que CMS puede cumplir con esa responsabilidad es obteniendo información directamente de usted sobre la atención que está recibiendo actualmente a través del programa de Medicare.

CMS le invita a compartir sus experiencias con servicios de salud por completar una encuesta. CMS ha contratado a [VENDOR NAME] para llevar a cabo esta encuesta. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre las personas que han visitado el profesional médico en la encuesta adjunta. Hace poco le mandamos esta encuesta por correo pero no hemos recibido su encuesta completada. Le agradeceríamos si tomara el tiempo, más o menos 20 minutos, para completar este cuestionario. La exactitud de los resultados depende de la participación de usted y de las otras personas con Medicare que han sido seleccionadas para esta encuesta. Ésta es su oportunidad de ayudarle a CMS a brindarle un mejor servicio.

Por favor conteste las preguntas de esta encuesta pensando en sus experiencias en los últimos seis meses. [VENDOR NAME] mantendrá su información de identificación personal confidencial. Toda la información que proporcione es confidencial y está protegida por la Ley de Privacidad. [VENDOR NAME] no compartirá su información con nadie que no sean las personas autorizadas en CMS, excepto según lo requerido por ley. [VENDOR NAME] no compartirá su encuesta individual con cualquiera de sus profesionales médicos. **Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria, y su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera sus beneficios de Medicare.**

Si ya nos ha mandado la encuesta, muchas gracias por completarla. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor no dude en llamar gratis a [VENDOR NAME] al [VENDOR NUMBER], de lunes a viernes entre 9:00 a.m. y 6:00 p.m. Gracias de antemano por su participación.

Atentamente,

Signature

[SENIOR OFFICIAL OF SURVEY VENDOR]