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

2016 CAHPS for ACOs Survey Second Cover Letter (Portuguese)

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Reporting Period 2016 CAHPS for ACOs Survey

SECOND COVER LETTER – Portuguese

[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]

Prezado(a) [FIRST LAST]:

A CMS - Centros para Serviços de Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) é o órgão federal que administra o programa Medicare e tem a responsabilidade de garantir que você receba cuidados médicos de alta qualidade. Uma das maneiras da CMS cumprir a sua responsabilidade é obter informações diretamente de você sobre os cuidados que atualmente está recebendo do programa Medicare.

Você está sendo convidado pela CMS a compartilhar suas experiências ao receber cuidados de saúde através do preenchimento de uma pesquisa. A CMS firmou um contrato com a [VENDOR NAME] para realizar esta pesquisa. Seu nome foi selecionado aleatoriamente pela CMS dentre as pessoas que visitaram o fornecedor indicado na pesquisa anexa. Recentemente enviamos a pesquisa a você pelo correio e, como ainda não recebemos uma resposta sua, estamos enviando outra cópia da pesquisa. Esperamos que você aproveite esta oportunidade de ajudar a CMS a aprender mais sobre a qualidade dos cuidados de saúde que você recebe através do preenchimento da pesquisa. Ela leva aproximadamente 20 minutos. A precisão dos resultados depende de obtermos respostas de você e de outras pessoas que têm o Medicare selecionadas para esta pesquisa. Esta é a sua oportunidade de ajudar a CMS a servi-lo melhor.

Por favor, responda às perguntas da pesquisa pensando sobre suas experiências nos últimos seis meses. A [VENDOR NAME] irá considerar confidenciais quaisquer informações que possam identificá-lo, e suas informações estarão protegidas por leis federais dos EUA, de acordo com a Lei de Privacidade de 1974 (Privacy Act of 1974). A [VENDOR NAME] não compartilhará suas informações com nenhuma outra pessoa a não ser com as pessoas autorizadas na CMS, exceto quando exigido por lei. A [VENDOR NAME] não compartilhará a sua pesquisa individual com nenhum prestador de cuidados de saúde. **Você não tem a obrigação de participar deste estudo. Sua ajuda é voluntária, e sua decisão de participar ou não da pesquisa não afetará seus benefícios do Medicare de maneira alguma.**

Se tiver alguma pergunta sobre a pesquisa, ligue para [VENDOR NAME] pelo telefone gratuito [VENDOR NUMBER], entre 9h00 e 18h00 no seu horário local, de segunda a sexta. Agradecemos antecipadamente a sua participação.

Atenciosamente,

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