

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

**2018 CAHPS for ACOs Survey Second Cover Letter
(Portuguese)**

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 13 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]