

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

**2019 CAHPS for ACOs Survey Initial Cover Letter  
(Russian)**

## 2019 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. Возможность напрямую узнать мнение пользующихся Medicare людей о качестве получаемого обслуживания поможет организации CMS контролировать качество обслуживания в рамках этой программы.

CMS проводит опрос, посвящённый Вашему опыту взаимодействия с конкретным поставщиком услуг, к которому Вы обращались, за последние 6 месяцев. CMS работает с компанией [VENDOR NAME] над проведением этого опроса, а Вас выбрали из числа пользующихся Medicare людей в произвольном порядке для получения приложенного опросника. Его заполнение займет у Вас около 13 минут. Достоверность полученных результатов зависит от ответов, предоставленных Вами и другими участниками программы Medicare, которые были отобраны для этого опроса.

Защита Вашей информации обеспечивается федеральным законодательством США, и мы будем хранить эти сведения с соблюдением конфиденциальности. Мы не будем 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.**

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы в связи с прохождением этого опроса, звоните нам по бесплатному номеру телефона [VENDOR NUMBER] с понедельника по пятницу с 9:00 утра до 6:00 вечера по времени [VENDOR TIME ZONE]. Воспользуйтесь шансом помочь организации CMS узнать о качестве обслуживания, которое Вы получаете. Заранее благодарим Вас за участие!

С уважением,

[SIGNED BY SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]