DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Boulevard, Mail Stop WB-06-05

Baltimore, Maryland 21244-1850

[FNAME] [LNAME]

[ADD!RESS]

[CITY], [STATE] [ZIP]

# [Date OF 2nd SURVEY MAILING]

Dear [FNAME] [LNAME],

Recently, we sent you a Medicare Provider Experience Survey that asked about your experiences obtaining health care. We are following up with you today because we have not yet received your survey. If you have recently mailed it in, thank you very much and please disregard this letter.

If you have not already mailed in your survey, Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) hopes that you will take the time now to participate. We have included another copy of the survey with this letter. CMS is the federal agency that administers the Medicare program, and your responses will help them improve primary care for all Medicare primary care patients.

Your survey is voluntary and takes about 10 minutes. **Your answers are confidential and will not be shared with your provider and will not affect your health care benefits.** If needed, a family member or friend can help you by reading the questions, writing down your answers, or translating it into your language. If you cannot take the survey yourself because of physical and/or mental challenges, a family member or friend knowledgeable about your care can take the survey on your behalf.

If you have any questions about the survey, please call us toll-free at [1-XXX-XXX-XXXX], between N:NN am to N:NN pm [VENDOR TIME ZONE: ET/CT/MT/PT], Monday through Friday.

Please take this opportunity to help CMS learn about the quality of care you receive. Thank you in advance for your participation.

Sincerely,

Meghan Elrington-Clayton signature 

Meghan Elrington-Clayton

Director, Division of Financial Risk

Seamless Care Models Group

Center for Medicare & Medicaid Innovation

[For more information:

[Vendor]

[Vendor’s Helpdesk Number] - toll free

[Vendor’s Helpdesk Email]

[Vendor’s business address or mail processing subcontractor’s return address – matching the envelope]

Para ver esta carta en español, de vuelta a la página.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Boulevard, Mail Stop WB-06-05

Baltimore, Maryland 21244-1850

[FNAME] [LNAME]

[ADDRESS]

[CITY], [STATE] [ZIP]

# [Date OF 2nd SURVEY MAILING]

Estimado(a) [FNAME] [LNAME],

Hace poco, le enviamos la Encuesta sobre la Experiencia con el Proveedor de Medicare que le preguntaba sobre sus experiencias obteniendo atención médica. Estamos haciendo un seguimiento con usted hoy porque aún no hemos recibido su encuesta. Si la envió por correo recientemente, muchas gracias y por favor ignore esta carta.

Si aún no ha enviado su encuesta, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) esperan que usted nos conceda su tiempo ahora para participar. Adjuntamos otra copia de la encuesta a esta carta. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid es la agencia federal que administra el programa de Medicare y sus respuestas les ayudará a mejorar la atención médica primaria para todos los pacientes de atención primaria de Medicare.

Su encuesta es voluntaria y toma como 10 minutos. **Sus respuestas son confidenciales y no se compartirán con su proveedor y esto no afectará sus beneficios de atención médica.** Si es necesario, un miembro de su familia o una amistad puede ayudarle leyendo las preguntas, anotando sus respuestas o traduciendo la encuesta a su idioma. Si usted no puede responder la encuesta por sí mismo(a) debido a dificultades físicas y/o mentales, un miembro de su familia o una amistad que tenga conocimiento sobre su atención médica puede responder la encuesta en su nombre.

Si tiene preguntas sobre la encuesta, puede llamarnos gratis al [1-XXX-XXX-XXXX], de lunes a viernes entre N:NN a.m. y N:NN p.m., [VENDOR TIME ZONE: hora del este/hora del centro/hora de la montaña/hora del pacífico].

Por favor, aproveche esta oportunidad para ayudar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a saber sobre la calidad de la atención que usted recibe. Gracias de antemano por su participación.

Atentamente,

Meghan Elrington-Clayton signature 

Meghan Elrington-Clayton

Director, Division of Financial Risk

Seamless Care Models Group

Center for Medicare & Medicaid Innovation

[For more information:

[Vendor]

[Vendor’s Helpdesk Number] - toll free

[Vendor’s Helpdesk Email]

[Vendor’s business address or mail processing subcontractor’s return address – matching the envelope]

To read this letter in English, turn the page.