

**CAHPS<sup>®</sup> for Physician Quality Reporting System  
(PQRS) Survey**

**2016 CAHPS for PQRS Survey Second Cover Letter  
(Russian)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

## 2016 CAHPS for PQRS Survey SECOND 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 2nd SURVEY MAILING]

Уважаемый(ая) [FIRST LAST]!

Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – это федеральная организация, регулирующая деятельность программы Medicare и отвечающая за обеспечение высокого качества медицинского обслуживания. Возможность напрямую узнать Ваше мнение о качестве обслуживания в рамках программы Medicare является одним из способов, позволяющих CMS выполнять этот аспект своих обязанностей.

CMS предлагает Вам поделиться своим опытом в отношении качества медицинского обслуживания, заполнив эту анкету. CMS заключила контракт с компанией [VENDOR NAME] на проведение этого опроса. Ваше имя было выбрано в произвольном порядке из числа пациентов, пользующихся услугами поставщика, имя которого указано в прилагаемой анкете. Мы уже отправляли Вам эту анкету, но не получили ответа, и поэтому направляем Вам еще одну копию. Мы надеемся, что Вы воспользуетесь этой возможностью помочь CMS составить представление о качестве получаемого Вами медицинского обслуживания, заполнив анкету. Это займет у Вас около 20 минут. Достоверность полученных результатов зависит от ответов, предоставленных Вами и другими участниками программы Medicare, которые были отобраны для этого опроса. Приняв участие в опросе, Вы сможете помочь организации CMS улучшить качество обслуживания.

Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты на основании своего опыта участия в программе за последние шесть месяцев. [VENDOR NAME] обязуется обеспечить конфиденциальность Ваших личных данных и всей предоставленной Вами информации. Помимо этого, защита Вашей информации обеспечивается федеральным законодательством США в рамках Закона о неприкосновенности частной жизни 1974 г. (Privacy Act of 1974). За исключением случаев, предусмотренных законом, [VENDOR NAME] не будет разглашать полученную от Вас информацию никаким другим лицам, кроме уполномоченных лиц CMS. [VENDOR NAME] не будет 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 возникли какие-либо вопросы в связи с прохождением этого опроса, позвоните в компанию [VENDOR NAME] по бесплатному номеру телефона [VENDOR NUMBER] с понедельника по пятницу с 9:00 до 18:00 ч. по восточному поясному времени. Заранее благодарим Вас за участие!

С уважением,

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