

PROGRAMA DE OFERTA COMPETITIVA DE DMEPOS DE MEDICARE

Nombre de proveedor DME - proporcionado por CBIC

Tipo de DME - a ser proporcionado por CBIC

INSTRUCCIONES: Por favor, califique los servicios que recibió de su proveedor de DME. Marque la casilla que mejor describa su experiencia. Si una pregunta no aplica a usted, por favor, pase a la siguiente pregunta.

	N/A	MUY MALO	MALO	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO
1. ARREGLO DE EQUIPOS ¿Cómo calificaría su interacción inicial con el proveedor de DME del que recientemente recibió su DME?	<input type="checkbox"/>					
2. CAPACITACIÓN ¿Cómo calificaría la capacitación que usted o la persona que lo cuida recibió del proveedor de DME en lo que respecta al DME que usted recibió recientemente?	<input type="checkbox"/>					
3. ENTREGA DE EQUIPOS ¿Cómo calificaría su experiencia con el proveedor de DME en lo que respecta a la entrega de DME?	<input type="checkbox"/>					
4. CALIDAD DE EQUIPOS ¿Cómo calificaría la calidad de DME que le proporciona su proveedor de DME?	<input type="checkbox"/>					
5. SERVICIO AL CLIENTE ¿Cómo calificaría el servicio al cliente proporcionado por el proveedor de DME?	<input type="checkbox"/>					
6. MANEJO GENERAL DE QUEJAS ¿Cómo calificaría el manejo de quejas general del proveedor de DME?	<input type="checkbox"/>					