

Experiencia General en el Portal:

* denota que la pregunta requiere una respuesta

Survey Invitation Message:

Siempre estamos buscando los medios para mejorar su experiencia.

Por favor, tome unos minutos para compartir sus pensamientos con nosotros.

[Comparta ahora]

Pregunta Calificadora: Por favor, seleccione su Contrato de Medicare.

- Jurisdicción A Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Proveedores de CT, DC, DE, MA, MD, ME, NH, NJ, NY, PA, RI, VT)
- Jurisdicción D Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Proveedores de AK, AS, AZ, CA, GU, HI, ID, IA, KS, MO, MT, NE, NV, ND, N. Mariana Islands , OR, SD, UT, WA, WY)
- Jurisdicción E (A/B Proveedores de AS, CA, GU HI, NV, N. Islas Marianas)
- Jurisdicción F (A/B Proveedores de AK, AZ, ID, MT, ND, OR, SD, UT, WA, WY)
- Jurisdicción 15 (Asistencia Médica a Domicilio + Hospicio Proveedores de KY, OH)
- Jurisdicción 15 (Proveedores de CO, DC, DE, IA, KS, MD, MO, MT, NE, ND, PA, SD, UT, VA, WV, WY)
- Jurisdicción B Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Proveedores de IL, IN, KY, MI, MN, OH, WI)
- Jurisdicción C Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Proveedores de AL, AR, CO, FL, GA, LA, MS, NM, NC, OK, PR, SC, TN, TX, VA, VI, WV)
- Jurisdicción 5 (A/B Proveedores de IA, KS, MO, NE)
- Jurisdicción 8 (A/B Proveedores de IN, MI)
- Jurisdicción L (A/B Proveedores de DC, DE, MD, NJ, PA)
- Jurisdicción H (A/B Proveedores de AR, CO, LA, MS, NM, OK, TX)
- Jurisdicción RRB (Todos los Estados)
- Jurisdicción J (A/B Proveedores de AL, GA, TN)
- Jurisdicción M (A/B Proveedores de NC, SC, VA, WV)
- Jurisdicción M (Asistencia Médica a Domicilio + Hospicio Proveedores de AL, AK,FL, GA, IL, IN, KY, LA, MS, NM, NC, OH, OK, SC, TN, TX)
- Jurisdicción K (A/B Proveedores de CT, MA, ME, NH, NY, RI, VT)
- Jurisdicción K (Asistencia Médica a Domicilio + Hospicio Proveedores de CT, MA, ME, NH, NY, RI, VT)

- Jurisdicción 6 (A/B Proveedores de IL, MN, WI)
- Jurisdicción 6 (Asistencia Médica a Domicilio + Hospicio Proveedores de AK, AS, AZ, CA, GU, HI, ID, MI, MN, NV, NJ, NY, , N. Islas Marianas, OR, PR, VI, WI, WA)
 - Jurisdicción 6 (Asistencia Médica a Domicilio + Hospicio Proveedores de AK, AS, AZ, CA, GU, HI, ID, MI, MN, NV, NJ, NY, , N. Islas Marianas, OR, PR, VI, WI, WA)

{Notes:

- *This question is only presented to a survey respondent when a Medicare Administrative Contractor (MAC) is not able to pass embedded data to Qualtrics that identifies the specific jurisdiction for which the survey respondent is providing feedback.*
- *The answer choices represent the universe of MAC jurisdictions. However, the list will be filtered based on the jurisdictional contracts and the services offered by a particular MAC. For example, a survey respondent will only see the choices Jurisdiction K or Jurisdiction 6 if they are visiting the website of the contractor responsible for those jurisdictions.}*

Q1*. ¿Considerando todos los servicios provistos por [Nombre del MAC], en general, cuán satisfecho está usted con nosotros?

- Extremadamente Satisfecho(a)
- Algo Satisfecho(a)
- Ni Satisfecho(a) Ni Insatisfecho(a)
- Algo Insatisfecho(a)
- Extremadamente Insatisfecho(a)

Q2*. ¿Cuáles le describen mejor?

- Proveedor(a) de Servicios Médicos
- Suplidor(a) de Equipo Médico y Suministros
- Empleado(a) de un Proveedor de Servicios Médicos
- Empleado(a) de un Suplidor de Equipo Médico y Suministros
- Empleado(a) de una Agencia de Facturación/Centro de Información
- Consultor(a) o Abogado(a)
- Otro [Espacio para texto abierto]*

{Notes:

1. *If 'Provider of medical services' or 'Staff of a provider of medical services' is selected, show question 2a*
2. *If any other answer choice is selected, show Question 3}*

Q2a.* ¿Cuál es su tipo de subscripción de Medicare o el tipo de subscripción de Medicare de su práctica o facilidad?

- Hospital
- Clínica/Práctica Grupal
- Médico
- Proveedor No-Médico
- Asistencia Médica a Domicilio
- Hospicio
- Otro [Espacio para texto abierto]*

{Notes:

- *This question only shows if 'Provider of medical services' or 'Staff of a provider of medical services' is selected in Question 2}*

Q3*. ¿Cuál es el propósito primario de su visita hoy a [Nombre del Portal]??

- Ver la información de elegibilidad del beneficiario
- Ver el status de una reclamación
- Ver la remesa de pago
- Ver el estatus de un cheque/Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en Inglés)
- Ver el status de la reapertura de una reclamación
- Someter una reapertura/corrección de una reclamación
- Someter una reclamación
- Someter una redeterminación
- Descargar Informes
- Responder a una Solicitud de Información Adicional (ADR, por sus siglas en Inglés)
- Otro [Espacio para texto abierto]*

Q4*. ¿Pudo usted {Indicar la Intención del visitante}?

- Si

- No

{Notes:

- 1. If "Yes" is selected, show Question 7.*
- 2. If "No" is selected, show Question 5.}*

Q5*. Lamentamos escuchar que usted no pudo {Indicar la respuesta a la pregunta 2). Si otro, indique "Trámite Completado" durante su visita. Por favor, cuéntenos qué ocurrió.

[Espacio para texto abierto]

Q6*. ¿Qué acción va usted a tomar próximamente?

- Llamar al centro de contacto
- Continuar la búsqueda en este sitio web
- Buscar en el sitio web de CMS.gov
- Buscar en la internet (Goggle, etc.)
- Enviar una pregunta escrita
- Otro [Espacio para texto abierto]*

{Notes: Show Question 9 after any selection}

Q7*. ¿Cuán fácil o difícil fué {Indicar la Intención del visitante}?

- Extremadamente fácil
- Algo fácil
- Ni fácil Ni difícil
- Algo difícil
- Extremadamente difícil

{Notes:

- 1. If "Extremely easy," "Somewhat easy," or "Neither easy nor difficult" is selected, show Question 9}*
- 2. If "Somewhat difficult" or "Extremely difficult" is selected, show Question 8.}*

Q8*. ¿Por favor, cuéntenos qué lo hizo difícil?

[Espacio para texto abierto]

Q9*. ¿En general, cuán satisfecho o insatisfecho está usted con esta página?

- Extremadamente Satisfecho(a)
- Algo Satisfecho(a)

- Ni Satisfecho(a) Ni Insatisfecho(a)
- Algo Insatisfecho(a)
- Extremadamente Insatisfecho(a)

Q10*. ¿Qué fué lo más que contribuyó hoy a su experiencia con el portal?

- Navegación (habilidad para obtener facilmente lo que estuvo buscando)
- Rapidez o Respuesta del sitio
- Atractivo visual (Apariencia general del sitio)
- Contenido (fotos, descripciones, etc)
- Importancia de productos y/o servicios
- Otro [Espacio para texto abierto]*

Q11. ¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestro portal?

[Espacio para texto abierto]

Q12*. ¿Podríamos contactarlo para darle seguimiento a sus respuestas?

- Si
- No

{Notes:

- 1) If "No" is selected, end survey and show appropriate End of Survey message below*
- 2) If "Yes" is selected, show Question 13}*

Q.13* Por favor, provea la siguiente información de contacto:

Nombre:

Dirección de Correo Electrónico:

Custom End of Survey Messages

- **If "Somewhat dissatisfied" or "Extremely dissatisfied" is selected in Question 3 then the following response is provided:**

Gracias por participar de nuestra encuesta. Apreciamos el tiempo que tomó para compartir sus comentario(s) con nosotros y lamentamos que no tuvo una experiencia positiva en nuestro sitio web. Vamos a estar trabajando para abordar sus inquietudes.

- If “Neither satisfied nor dissatisfied” is selected in Question 3 then the following response is provided

Gracias por participar de nuestra encuesta. Apreciamos el tiempo que tomó para compartir su experiencia con nosotros.

- If “Somewhat satisfied” or “Extremely satisfied” is selected in Question 3 then the following response is provided:

Gracias por participar de nuestra encuesta. Nos alegra que tuvo una experiencia positiva en nuestro sitio web, y apreciamos el tiempo que tomó para compartir sus comentario(s) con nosotros.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es **0938-XXXX**. La fecha de expiración es **(XX/XX/XXXX)**. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente **3 minutos** por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

****** Divulgación de CMS **** No envíe solicitudes, reclamos, pagos, registros médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que no se revisará, reenviará ni retendrá ninguna correspondencia que no pertenezca a la carga de recopilación de información aprobada con el número de control OMB asociado que figura en este formulario. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde presentar sus documentos, comuníquese con MCE@cms.hhs.gov**