

## 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](mailto:MCE@cms.hhs.gov)**