

## Comentarios Persistentes Sobre el Portal:

\* denota que la pregunta requiere una respuesta

### **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)

*{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\*. ¿A que relacionamos sus comentarios?**

- **Información en esta página**
- **Funciones del Portal**
- **Un asunto técnico**
- **Otro [Espacio para texto abierto]\***

**Q2\*. ¿Qué le gustaría compartir con nosotros?**

[Espacio para texto abierto]

**Q3\*. ¿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)

**Q4\*. ¿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 4a*
- 2. If any other answer choice is selected, show Question 5}*

**Q4a. ¿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 4*

**Q5\*. ¿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 6}*

**Q6\*. 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 sus comentario(s). 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 sus comentario(s). 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 sus comentario(s). 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)**