

Comentarios Persistentes Sobre el Sitio Web:

* 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
- 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

{Note:

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**