

Experiencia General en la Aplicación Móvil:

* 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 Suplidores de CT, DC, DE, MA, MD, ME, NH, NJ, NY, PA, RI, VT)
- Jurisdicción D Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Suplidores 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 (DMESuplidor de IL, IN, KY, MI, MN, OH, WI)
- Jurisdicción C Suplidor de Equipo Médico Duradero (DME Suplidor 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 (FQHC Proveedores from AL, AK, AS, AR, CA, CO, DE, FL, GA, GU, HA, ID, IL, IN, IA, KS, KY, LA, MD, MI, MN, MS, MO, NE, NV, NJ, NM, NC, MP, OH, OK, OR, PA, PR, SC, TN, TX, VI, WA, DC, WV, WI, CT, ME, MA, NH, NY, RI, VT)
- Jurisdicción N (A/B Proveedores from FL, PR, VI)

{Notes:

1. *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.*
2. *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 NGS movil application.*

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* . ¿Cuál le describe 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/ Credentialing Agency /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 nuestra aplicación móvil?

- Registrarme para atender a un evento educacional
- Encontrar información para la suscripción como proveedor de Medicare
- Encontrar información de contacto
- Descargar formularios
- Leer noticias, publicaciones, e información general sobre el programa de Medicare
- Burcar listados de tarifas de pago
- Encontrar políticas locales (LCDs, por sus siglas en inglés) o guías de facturación
- Utilizar herramientas de servicio automatizado
- 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 el sitio web
- Continuar la búsqueda en la aplicación móvil.
- 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 hoy con su experiencia en nuestra aplicación móvil?

- 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 la aplicación móvil?

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

Q11. ¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestra aplicación móvil?

[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 nuestra aplicación móvil 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 nuestra aplicación móvil , y apreciamos el tiempo que tomó para compartir sus comentario(s) con nosotros.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

<https://www.cms.gov/files/document/pr-a-disclosure-statement>