

FAQ for Interviewers on the Medicare Provider Experience Survey (ACO REACH CAHPS®)

¿Por qué debería hacer esto? / Objetivo

Esta encuesta ayuda a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a los proveedores de atención médica de Medicare a entender dónde y cómo se puede necesitar mejorar la atención médica.

Nunca vi a ese doctor/No vi a ese doctor en los últimos 6 meses.

En ese caso, dejará de contestar las preguntas sobre ese doctor y responderá un conjunto más breve de preguntas sobre otros proveedores que visitó en los últimos 6 meses.

No vi a ningún proveedor en los últimos 6 meses.

Esta encuesta es solo para beneficiarios de Medicare que recibieron atención médica en los últimos 6 meses. Gracias por su tiempo, adiós.

¿Qué es esto? / ¿Desde dónde me llama?

Yo soy un/a entrevistador/a de [Survey Vendor] solicitándole que complete una encuesta telefónica sobre la calidad de la atención que brinda su proveedor de Medicare.

Project Contact Information

Helpdesk Telephone: [INSERT VENDOR PHONE NUMBER HERE]

Helpdesk Email: [INSERT VENDOR EMAIL HERE]

¿Quién envía esta encuesta?

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de los EE. UU. (CMS, por sus siglas en inglés) patrocina esta encuesta. CMS es la agencia federal que administra el programa de Medicare. CMS y la oficina de su proveedor están trabajando con [VENDOR] para realizar la encuesta.

¿Qué tipo de preguntas se harán?

Hacemos preguntas como,

- ¿Qué tan fácil o difícil fue para usted hacer citas y recibir atención?
- ¿Si es que los proveedores le trataron con respeto?
- ¿Se sintió escuchado/a?
- ¿Qué tan claramente los proveedores le explicaron lo que debía saber para cuidarse a sí mismo/a y mantenerse sano/a?

“No quiero dar mi información personal.”

No se recolectamos información de identificación y puede negarse a responder cualquier pregunta. (IF NEC: toda la información que recolectamos es confidencial. Su proveedor solo verá los resultados en forma de resumen, sin nombres, por lo que no sabrá quién respondió ni cómo respondió alguien).

Confirming Legitimacy of Survey

- Esta es una encuesta oficial del gobierno patrocinada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también conocida como CMS, por sus siglas en inglés. Usted puede contactar al 1-800-633-42271-800-MEDICARE y operadores pueden verificar la Encuesta sobre la Experiencia con el Proveedor de Medicare.
- Su proveedor sabe sobre esta encuesta e incentiva a sus pacientes a completarla.
- Esta encuesta no se utiliza para ventas o publicidad.

¿Cómo obtuvo mi nombre?

Su nombre fue seleccionado al azar entre todos los beneficiarios de Medicare que fueron vistos recientemente por el proveedor nombrado en la encuesta

IF QUESTIONS ABOUT PRIVACY

LAWS/HIPAA: "La encuesta que estamos realizando cumple completamente con las leyes de privacidad, como por ejemplo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico, o HIPAA por sus siglas en inglés. Hemos sido autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar esta encuesta y mantener confidencial toda su información."

¿Sabrá mi doctor/proveedor mis respuestas a estas preguntas?

Toda la información que recolectamos a través de la encuesta es confidencial. Su proveedor solo verá resultados en forma de resumen, sin nombres, así que no sabrá quién o qué respondió cualquier persona. Aunque sus respuestas no están vinculadas a usted, ellas ayudarán a su proveedor a mejorar la experiencia y salud de sus pacientes.

¿Cómo serán usados los resultados de la encuesta?

Sus respuestas ayudan a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a evaluar la calidad de la atención médica entregada bajo Medicare. La encuesta ayudará a Medicare y a los proveedores a entender dónde y cómo se puede necesitar mejorar la atención médica.

Interviewer Information: ACO REACH CAHPS Schedule

Modes	Date	Languages	Respondent Types
Mail	Sept. 11–Dec. 8	English, Spanish	Beneficiary, Proxy
Telephone	Nov. 13–Dec. 8	English, Spanish	Beneficiary, Proxy

Eligibility Criteria

- ✓ Medicare beneficiary
- ✓ At least 18 years of age
- ✓ Reside in the United States
- ✓ Received health care services (in person or telehealth) in the past 6 months
- x Institutionalized (nursing home, jail, prison)
- x Deceased

Estoy en el listado de "No llamar". ¿Por qué me está llamando?

El listado de No Llamar previene llamadas de vendedores y de telemarketing. Nosotros estamos realizando un estudio de encuesta de parte de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de los EE. UU., también llamados CMS, por sus siglas en inglés. No le estamos llamando para venderle un producto o servicio.

Complaints About Doctor/Provider/Practice

- o Lamento escuchar esto. Hay un número de teléfono de Medicare al que puede llamar con sus preocupaciones que tenga sobre doctores: 1-800-633-4227
- o Cuando usted participe en la encuesta, sus respuestas ayudarán a Medicare a entender los problemas que algunas personas pueden tener cuando obtienen atención de ciertos doctores. Medicare informa los resultados de todas las personas que responden la encuesta a su doctor, para que ellos también entiendan estos problemas. Los resultados están en forma de resumen y su nombre jamás se incluye.

No tengo tiempo

Lo entiendo. ¿Estaría de acuerdo en comenzar la encuesta durante unos minutos y cuando necesite parar, nos detendremos? (IF APPROPRIATE: Guardaremos sus respuestas y continuaremos otro día.

- O-

Yo u otro entrevistador podemos llamarle nuevamente en un momento más conveniente.

Criteria Permitted for a Proxy

- ✓ Beneficiary is physically or mentally incapable
- ✓ Beneficiary language barrier other than Spanish

Criteria Not Permitted for a Proxy

- x Beneficiary deceased
- x Beneficiary under 18
- x Unavailable/out of country
- x Institutionalized (nursing home, jail, prison)
- x Does not want to do the survey

¿Puede alguien más completar la encuesta en nombre del beneficiario?

Si un beneficiario no puede responder por mala salud, o salud mental, o limitaciones físicas, alguien que tenga conocimiento sobre la atención médica del beneficiario, como un miembro de la familia o cuidador/a, puede responder la encuesta en su nombre.

Proxy Respondent Qualifications

Use these guidelines to help a person decide if they qualify as a proxy respondent

- ✓ At least 18 years of age
- ✓ Knowledgeable about the beneficiary's health care

Assisted Living/Residential Care Facilities

- ✓ Asegúrese que se ha contactado con un centro de vivienda asistida/atención residencial.
- ✓ Beneficiarios que viven en este tipo de centros no son elegibles para la encuesta telefónica. Agradezca al centro y finalice la llamada.

¿Cuánto tiempo va a tomar?

Esto toma entre 15 a 20 minutos en completarse. Podemos comenzar ahora y haré las preguntas lo más rápido que sea posible para ahorrarle tiempo.