



# Frequently Asked Questions from Beneficiaries about the Medicare Provider Experience Survey – Spanish (ACO REACH CAHPS®)

Version 1.0

March 2023

# Contents

<a href="#">Overview .....</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">General Questions About the Survey and Legitimacy .....</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">Questions about Confidentiality .....</a>	<a href="#">2</a>
<a href="#">Concerns about Participating in the Survey .....</a>	<a href="#">3</a>
<a href="#">Questions about Completing/Returning the Survey .....</a>	<a href="#">5</a>

## Overview

This document provides vendors guidance on responding to beneficiary questions about ACO REACH's *Medicare Provider Experience Survey*. These answers can be used by Help Personnel and Telephone Interviewers, and the answers apply to both the mailed survey and the telephone interview. Survey vendors **may amend** the document to be specific to their operations, and **may condense or revise** individual responses for clarity and alignment with the beneficiary's questions. However, survey vendors may not change the substance of the answers.

Survey vendors must NOT attempt to influence or encourage beneficiaries to answer survey questions in a particular way.

## General Questions About the Survey and Legitimacy

- **¿Quién patrocina esta encuesta?**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de los EE. UU. (CMS, por sus siglas en inglés) patrocinan esta encuesta. CMS es la agencia federal que administra el programa de Medicare.

- **¿Quién está realizando esta encuesta?**

Yo soy un/a entrevistador/a de [Survey Vendor]. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus proveedores de atención médica nos han pedido que realicemos esta encuesta.

- **¿Cuál es el objetivo de esta encuesta? / ¿Cómo serán utilizados los datos?**

El objetivo de esta encuesta es recolectar información de usted, y de otros beneficiarios de Medicare, para ayudar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a evaluar la calidad de la atención que recibió bajo Medicare. Esta encuesta ayudará a CMS y a los proveedores de atención médica a entender dónde y cómo se puede necesitar mejorar la atención médica. La encuesta realiza esto al preguntarle sobre sus experiencias con un proveedor específico que visitó en los últimos 6 meses.

- **¿Cómo puedo verificar que esta encuesta es legítima?**

Usted puede verificar que la encuesta es legítima contactando al 1-800-633-4227 o al proveedor cuyo nombre se proporciona en la encuesta que recibió.

- **¿A quién puedo contactar para saber más sobre esta encuesta? / ¿A quién puedo contactar si tengo preguntas sobre el estudio?**

Con gusto responderé sus preguntas o puede llamar a nuestro supervisor al 1-833-870-0486. La oficina del proveedor nombrado en la carta que recibió también le puede proporcionar más información sobre la encuesta. Puede que usted haya visto un anuncio en su oficina dando información sobre la encuesta.

- **¿Dónde puedo ver los resultados del estudio?**

Gracias por su interés. Los resultados de este estudio no serán informados públicamente. La oficina de su proveedor va a recibir los resultados en un formato de resumen. Los datos de esta encuesta estarán disponibles públicamente en la página web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid:

<https://innovation.cms.gov/innovation-models/aco-reach> (disponible solo en inglés).

## Questions about Confidentiality

- **¿Cómo sé que esto es confidencial?**

Toda la información que recolectamos a través de la encuesta es confidencial. Sus respuestas serán vistas por personal del estudio, quienes han firmado acuerdos de confidencialidad. No compartimos sus respuestas individuales con ninguno de sus doctores u otros proveedores.

- **¿Cómo obtuvo mi nombre? ¿Cómo fui elegido/a para la encuesta?**

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

- **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.

- **Pensaba que las leyes de privacidad protegían mi confidencialidad. ¿Cómo obtuvieron mi contacto e información médica?**

A la compañía de encuesta desde donde estoy llamando solo le fue entregada su información de contacto y el nombre de su proveedor. Nosotros no tenemos acceso a ninguno de sus registros médicos.

IF NEEDED: 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.

- **¿Cómo obtuvo mi dirección/número de teléfono?**

Medicare nos entregó la información de contacto de todos los beneficiarios de Medicare que fueron seleccionados al azar para esta encuesta.

- **¿Recibiré correo no deseado si no contesto esta encuesta?**

No, usted no recibirá correo no deseado como producto de haber participado en esta encuesta. Mantenemos de manera estrictamente confidencial los nombres, números de teléfonos y direcciones, y solo los utilizamos para fines de esta encuesta.

- **No quiero que alguien venga a mi hogar.**

Nadie vendrá a su hogar por esta encuesta. Obtenemos la información de esta encuesta a través del correo postal o entrevistas telefónicas.

## Concerns about Participating in the Survey

- **¿Cuánto tiempo va a tomar?**

MAIL SURVEY: La encuesta toma en promedio 10 minutos en completarse.

TELEPHONE INTERVIEW: La encuesta toma en promedio entre 15 a 20 minutos en completarse. Haré las preguntas lo más rápido que sea posible.

- **No participo en encuestas.**

Lo entiendo. Sin embargo, espero que usted considere su participación en esta importante encuesta sobre sus experiencias con doctores y otros proveedores de atención médica. Medicare usará los resultados de esta encuesta para entender mejor la calidad de la atención médica que las personas reciben bajo Medicare.

- **No estoy interesado/a.**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid necesitan de su ayuda. Su participación en la encuesta ayudará a mejorar los cuidados y servicios provistos bajo Medicare.

- **Estoy ocupado/a; No tengo tiempo.**

Entendemos que su tiempo es valioso. Esta es una encuesta muy importante y realmente agradecería su ayuda el día de hoy. Sin embargo, puedo programar la entrevista para otro momento si eso es más conveniente para usted. **O** podemos comenzar la encuesta hoy y detenerla tan pronto como lo necesite y continuar en un momento que sea más conveniente para usted.

- **¿Por qué me está llamando?**

Como una persona con Medicare, usted merece recibir atención médica de calidad de proveedores aprobados por Medicare. Nuestros registros muestran que usted recibió atención del proveedor de Medicare mencionado en la encuesta. Esta encuesta está patrocinada por Medicare para saber si recibió atención de alta calidad de este proveedor. Su participación es muy importante.

- **¿Qué tipo de preguntas se harán?**

Esta encuesta hace preguntas como,

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

- **¿Tengo que tomar parte de este estudio?**

Su participación en esta encuesta es voluntaria y toda la información que nos brinde en esta encuesta será confidencial. Usted puede dejar de contestar o negarse a responder cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a. También, su proveedor de atención primaria no verá sus respuestas individuales a esta encuesta, y tampoco sabrá si usted participó o no.

Su decisión de participar o no en esta encuesta, y sus respuestas a las preguntas de esta encuesta, no afectarán los beneficios de salud que usted recibe ahora o espera recibir en el futuro.

Usted también puede dejar de contestar o negarse a responder cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo/a.

- **¿Qué tengo que hacer?**

Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia con su doctor de atención primaria y de otros proveedores que usted haya visitado en los últimos 6 meses. Esta

entrevista toma en promedio entre 15 a 20 minutos en completarse y haré las preguntas lo más rápido que sea posible.

- **¡No voy a responder muchas de las preguntas por teléfono!**

Su cooperación es muy importante para nosotros. Sus respuestas, así como las respuestas de otras personas, ayudarán a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a evaluar la calidad de la atención médica entregada bajo Medicare. Los resultados de la encuesta también ayudarán a su proveedor de atención médica a entender dónde y cómo se puede necesitar mejorar la atención médica.

- **No estoy contento/a con la atención que recibo de \_\_\_\_\_. ¿Con quién puedo hablar sobre esto?**

Lamento escuchar esto. Esta línea de ayuda busca entregar información sobre la encuesta. Hay un número de teléfono al que puede llamar con sus preocupaciones que tenga sobre doctores. Ese número es 1-800-633-4227.

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. Esperamos que pueda participar en la encuesta.

- **Estoy contento/a con la atención que recibo de \_\_\_\_\_.**

Cuando usted participe en la encuesta, sus respuestas ayudarán a Medicare a entender la calidad de la atención médica que las personas reciben bajo Medicare. Los resultados de todas las personas que respondieron la encuesta serán informados a su doctor para que puedan entender las áreas donde lo están haciendo bien y áreas en las que pueden necesitar mejoras. Esperamos que usted decida participar en la encuesta.

## Questions about Completing/Returning the Survey

- **No puedo completar esto por mí mismo/a. Puede mi (esposa, marido, hijo/a, tutor o guardián legal, etc.) responder estas preguntas por mí?**

Si usted no se siente capaz de completar esta encuesta por sí mismo/a, alguien como un miembro de su familiar, cuidador/a, o amigo/a le puede ayudar marcando sus respuestas, leyéndole las preguntas de la encuesta, o traduciéndolas a su idioma.

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

- **¿Por qué quiere saber toda esta información personal sobre mí si la encuesta es sobre mis experiencias con la atención médica primaria?**

Entiendo su preocupación con las preguntas sobre su salud general y antecedentes. Hemos encontrado que las experiencias de las personas difieren basadas en su estado de salud actual y otras características. Esta es una encuesta muy importante. Si una pregunta le molesta, simplemente dígame que prefiere no responderla y pasaré a la siguiente pregunta.

- **¿Hay una fecha límite para completar la encuesta?**

[BEFORE TELEPHONE FOLLOW-UP BEGINS]—Dado a que tenemos que contactarnos con muchas personas, realmente nos ayudaría si puede devolverla dentro de los próximos días.

[AFTER START OF TELEPHONE FOLLOW-UP] Necesitamos finalizar todas las entrevistas lo antes posible, pero como debemos contactar a muchas personas, realmente nos ayudaría si completamos la entrevista ahora mismo. Si no tiene tiempo, quizás podemos programar una cita para otro momento dentro de los próximos días.

- **¿Dónde pongo mi nombre y dirección en el cuestionario?**

Usted no debe escribir su nombre o dirección en el cuestionario. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite supervisar qué participantes han devuelto un cuestionario completo. Hacemos esto para mantener su confidencialidad y privacidad.

- **Como alguien con poder legal (*Power of Attorney*), ¿puedo completar la encuesta?**

Alguien como un miembro de la familia, cuidador/a o un amigo/a puede ayudar a un beneficiario marcando las respuestas del beneficiario, o leyéndole la encuesta al beneficiario, o traduciéndola al idioma del beneficiario. Sin embargo, 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, cuidador/a, o amigo/a, puede responder la encuesta en nombre del beneficiario.

- **Sólo vi a este proveedor por medio de telesalud/visita electrónica, ¿aún debo completar la encuesta?**

Sí, por favor responda la encuesta pensando en todas las visitas que hizo al consultorio médico en los últimos 6 meses, ya fuera en persona o por telesalud.

- **Yo no visité a este proveedor en los últimos 6 meses ¿Qué hago?**

Si usted no visitó al proveedor nombrado en la encuesta en los últimos 6 meses, responda “no” a la primera pregunta y siga las instrucciones en la encuesta.

- **Ya envié por correo la encuesta.**

Gracias por completar la encuesta, sin embargo, aún no hemos recibido su encuesta, por lo que estamos comunicándonos para realizar su encuesta por teléfono. Si usted tiene algo de tiempo ahora, podemos completar las preguntas. O puedo llamarle otra vez en unos pocos días si aún no hemos recibido la encuesta.

- **¿Me puede enviar otra encuesta por correo?**

IF CUTOFF FOR SECOND MAILING HAS PASSED: Estamos llegando al final del periodo de la encuesta y no estamos autorizados para enviar encuestas adicionales. Le pedimos que por favor complete la encuesta por teléfono con nosotros. Su participación es muy importante. Sus respuestas ayudan a Medicare a entender la calidad de la atención médica que las personas reciben bajo Medicare.