# Preguntas frecuentes para entrevistadores y el personal de Atención al Cliente

## Introducción

Las preguntas y respuestas que aparecen en este documento han sido compiladas para ayudar a los proveedores a responder las preguntas frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) relacionadas con la Encuesta de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP). Se han brindado las respuestas a las preguntas generales acerca de la encuesta, a las inquietudes relacionadas con la participación en la encuesta y a las preguntas acerca de completar la encuesta.

## I. Preguntas generales acerca de la encuesta

1. ¿Quién realiza esta encuesta?

Soy un/a entrevistador/a de [VENDOR NAME]. [QHP ISSUER NAME] le ha pedido a nuestra organización que ayude a realizar esta encuesta, cuyo tema es la atención que usted ha recibido por medio de [QHP ISSUER NAME] en los últimos 6 meses.

1. ¿Quién patrocina esta encuesta?

La encuesta está patrocinada por [QHP ISSUER NAME] como parte de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (the Patient Protection and Affordable Care Act, en inglés), la cual exige que todos los planes de salud ofrecidos por medio del Intercambio de Seguros evalúen la satisfacción de las personas inscritas.

1. ¿Cuál es el propósito de la encuesta?

El propósito de esta encuesta es obtener información acerca de su experiencia al recibir atención por medio de su plan de salud en los últimos 6 meses. Al responder las preguntas, contribuirá a que se disponga de información acerca de la calidad de su plan de salud. Sus respuestas podrán ser usadas, junto con otra información, para ayudar a los consumidores del Mercado a elegir un plan de salud. Además, [QHP ISSUER NAME] podrá usar esta información para brindar un mejor servicio a las personas en el futuro.

1. ¿Cómo se usará(n) la información/los datos?

La información de esta encuesta se combinará con otra información y se brindará a los consumidores que estén buscando un seguro de salud por medio de [MARKETPLACE NAME] con el fin de ayudarles a elegir un plan de salud. Los datos de la encuesta también serán usados por [QHP ISSUER NAME] para brindarles un mejor servicio a las personas en el futuro.

1. ¿Hay alguna agencia del gobierno con la que pueda comunicarme para obtener más información acerca de esta encuesta?

Sí, puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos que tiene la responsabilidad de supervisar esta encuesta, por medio de marketplace\_quality@cms.hhs.gov.

1. ¿Cuánto tiempo lleva la encuesta?

En promedio, completar la encuesta toma menos de 15 minutos. El tiempo real que lleve completar la encuesta dependerá de las respuestas que usted brinde.

1. ¿Qué preguntas se harán?

Las preguntas de la encuesta se refieren a su experiencia al recibir servicios mediante su plan de salud.

1. Ya he devuelto la encuesta por correo.

Nuestros registros indican que aún no hemos recibido su encuesta por correo, y realmente deseamos asegurarnos de contar con su opinión. Le agradeceríamos enormemente que completara esta encuesta ahora por teléfono. Si este no es un buen momento, ¿le parecería bien que programara una cita para llamarle nuevamente el [SPECIFY DATE 5 CALENDAR DAYS FROM CALL DATE] si aún no hemos recibido la encuesta?

1. ¿Qué periodo de tiempo debo usar para responder las preguntas de la encuesta?

Por favor utilice sus experiencias de atención médica con [QHP ISSUER NAME] de julio a diciembre de 2019 para responder las preguntas de la encuesta.

## II. Inquietudes relacionadas con la participación en la encuesta

1. ¿Por qué me llama?

Se le pide que participe en una encuesta acerca de su experiencia al recibir atención por medio de su plan de salud en los últimos 6 meses. Al responder las preguntas, usted contribuirá brindando información acerca de la calidad de su plan de salud, la cual podrá usarse, junto con otra información, para ayudar a los consumidores del Mercado a elegir un plan de salud. Además, [QHP ISSUER NAME] podrá usar esta información para brindar un mejor servicio a las personas en el futuro. Su participación es muy importante.

1. ¿Quién verá mis respuestas?

Sus respuestas se mantendrán con carácter confidencial y serán vistas únicamente por personas autorizadas en [VENDOR NAME]. Estamos realizando esta encuesta en nombre de su plan de salud. Todas las respuestas se juntarán en un gran conjunto de información y se compartirán luego con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Se eliminará toda la información que pueda identificarle.

1. Yo pensaba que las leyes de la privacidad protegían mi confidencialidad. ¿Cómo obtuvo mi información de contacto?

La encuesta que estamos realizando respeta completamente las leyes de la privacidad, también conocidas como HIPAA (Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Hemos sido autorizados por [QHP ISSUER NAME] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar esta encuesta, y mantendremos el carácter completamente confidencial de toda la información brindada.

1. ¿Cómo obtuvo mi nombre? ¿Cómo se me eligió para la encuesta?

Su nombre fue elegido al azar entre todos los miembros inscritos actualmente en su plan de salud.

1. ¿Cómo obtuvo mi número de teléfono?

Para poder realizar esta encuesta, [QHP ISSUER NAME] le brindó a [VENDOR NAME] su información de contacto.

1. Yo no participo en encuestas.

Entiendo. Sin embargo, espero que considere participar en esta encuesta. Es un estudio muy importante y sus respuestas contribuirán a mejorar la calidad de los servicios que [QHP ISSUER NAME] brinda a las personas. También ayudarán a los consumidores a elegir un plan de salud en el futuro.

1. No estoy interesado(a).

Su ayuda sería realmente útil para [QHP ISSUER NAME]. Su participación ayudará a mejorar los servicios de atención de salud para usted y otras personas.

1. Estoy extremadamente ocupado(a). Realmente no tengo tiempo.

Soy consciente de que su tiempo es valioso. Esta es una encuesta muy importante y yo realmente le agradecería su ayuda hoy. La entrevista debería tomar menos de 15 minutos. Si prefiere, también puedo programar la entrevista a una hora más conveniente.

1. Usted llamó a mi teléfono celular. ¿Me puede llamar al teléfono de mi casa/fijo?

Sí, le llamaremos con gusto. ¿A qué número prefiere que llame?

[ENROLLEE SPECIFY].

¿Es este un buen momento para llamar a ese número, o prefiere que llame en otro momento? [SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW OR DIAL RIGHT AWAY.]

1. Este no es un buen momento para mí.

Podemos volver a llamarle cuando lo desee. ¿Qué hora sería más conveniente para usted? [ENROLLEE SPECIFY].

[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE *ENROLLEE’S* SPECIFIED TIME, THEN “Lamentablemente no tenemos disponibilidad a esa hora. ¿Qué otro día y a qué hora le vendría bien?”. [SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW.]]

1. No quiero responder muchas preguntas personales.

Entiendo. Sus opiniones son muy importantes y ayudarán a su plan de salud a entender qué mejoras se necesitan. Las respuestas que dé se combinarán con las respuestas de otros consumidores para brindar puntuaciones globales. Si hay alguna pregunta que no desee responder, simplemente dígamelo y pasaré a la siguiente pregunta. ¿Por qué no empezamos, de manera que usted pueda ver cómo son las preguntas?

1. Estoy muy disconforme con [QHP ISSUER NAME] y no veo por qué debería ayudarles con esta encuesta.

Lamento que esté disconforme. La información que se reciba como parte de esta encuesta, tanto de su parte como de otras personas que han usado este plan, ayudará a [QHP ISSUER NAME] a comprender mejor las inquietudes de sus miembros. Las respuestas que dé se combinarán con las respuestas de otros consumidores para brindar puntuaciones globales. Esos resultados globales podrán ayudar al plan a identificar las mejoras que son importantes para sus miembros.

1. ¿Tengo que completar la encuesta?

Su participación es completamente voluntaria. No hay ninguna sanción por no participar. Tenga en cuenta que esta es una encuesta muy importante y que sus respuestas contribuirán a mejorar la calidad de los servicios que [QHP ISSUER NAME] les brinda a usted y a otras personas. También es posible que ayuden a otros consumidores a elegir un plan de salud en el futuro.

1. ¿Recibiré correo no deseado si respondo esta encuesta?

No. No recibirá correo no deseado porque haya participado en esta encuesta. Los nombres, números de teléfono y direcciones se mantienen con carácter estrictamente confidencial y se usan únicamente para esta encuesta.

1. No deseo que nadie venga a mi casa.

Nadie irá a su casa. La encuesta se puede realizar en línea, por correo postal o en una entrevista telefónica.

1. No quiero comprar nada.

No estamos vendiendo nada. Deseamos hacerle algunas preguntas acerca de su experiencia con la atención y los servicios brindados por [QHP ISSUER NAME].

1. Yo casi nunca me enfermo. No creo que le interese hablar conmigo.

Todas las personas seleccionadas para esta encuesta brindan información muy importante que ayudará a mejorar los servicios brindados por medio de su plan de salud.

1. ¿Afectarán mis respuestas a mi médico(a)?

Su médico(a) no verá sus respuestas a la encuesta. Esta es una encuesta acerca de los servicios brindados por su plan de salud, no por médicos individuales.

1. No he usado mi plan de salud. ¿Aun así debería responder las preguntas?

Sí. Incluso si no ha usado ningún servicio de salud de su plan, cualquier información que pueda brindar será útil.

1. Ya no estoy inscrito(a) en este plan de salud.

Muchas gracias por la información. Solo estamos realizando entrevistas a las personas que están inscritas actualmente en este plan.

1. Estoy en la *Lista de* *no realizar llamados*. No debería haberme llamado.

La *Lista de no realizar llamados* prohíbe las llamadas de ventas y telemarketing. No estamos vendiendo nada ni pidiendo dinero. Somos una empresa de investigación que realiza encuestas. Su plan de salud nos ha pedido que realicemos esta encuesta y realmente esperamos que considere participar.

1. Por favor, sáquenme de esta encuesta y dejen de contactarme *(enviado por correo electrónico)*.

Tenga a bien facilitar la identificación única que se encuentra en la carta [VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION], de manera que podamos retirarle de nuestra lista de contactos.

1. Por favor, sáquenme de su lista de teléfonos y dejen de contactarme *(por teléfono)*.

Tenga a bien facilitar la identificación única que se encuentra en la carta [VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION], de manera que podamos retirarle de nuestra lista de contactos.

1. Tengo una pregunta/queja acerca de la atención que he recibido de [QHP ISSUER NAME].

Muchas gracias por comunicarse con nosotros. Somos una compañía independiente que realiza esta encuesta sobre su experiencia en nombre de su plan de salud. Su pregunta/inquietud debería remitirse al plan de salud mismo. Quizás quiera comunicarse con la línea de servicio al cliente del plan de salud al número que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud.

1. Tengo una pregunta/queja acerca de la facturación u otro asunto administrativo relacionado con [QHP ISSUER NAME].

Muchas gracias por comunicarse con nosotros. Somos una compañía independiente que realiza esta encuesta sobre su experiencia en nombre de su plan de salud. Su pregunta/inquietud debería remitirse al plan de salud mismo. Quizás quiera comunicarse con la línea de servicio al cliente del plan de salud al número que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud.

1. ¿Puede enviarme una encuesta en (language besides Spanish and, if applicable, Chinese)?

Lo lamento, pero no ofrecemos encuestas en ese idioma en este momento. Si es posible, pídale a alguien que le ayude a responder la encuesta. Muchas gracias por su interés.

## III. Preguntas acerca de completar la encuesta

1. ¿Dónde pongo mi nombre y dirección en la encuesta?

No escriba su nombre ni su dirección en la encuesta. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite mantener un registro de las personas que han devuelto una encuesta completada.

1. No puedo completar esto por mi cuenta. ¿Me puede ayudar mi **?

Sí, si usted le da permiso. Esta persona debe ser alguien que le conozca muy bien y que pueda contestar correctamente en su nombre preguntas relacionadas con la salud.

1. No he usado este plan de salud, pero otra persona de mi familia sí. ¿Le pido que complete esta encuesta?

No. Usted ha sido seleccionado/a al azar para completar esta encuesta, de manera que le pedimos que la complete únicamente usted. Todas las personas seleccionadas para esta encuesta dan información muy importante que ayudará a mejorar los servicios brindados por medio de su plan de salud.

1. No puedo completar esta encuesta en línea. ¿Me puede ayudar?

Lamento que no pueda completar la encuesta en línea, pero desafortunadamente, debido a la variedad de las distintas computadoras, sistemas operativos y navegadores de internet que las personas usan, no puedo brindarle soporte técnico. Sin embargo, si lo desea, yo podría completar ahora la encuesta con usted por teléfono o hacer que alguien le llame a una hora más conveniente.

[IF ABLE AND RESPONDENT AGREES, COMPLETE SURVEY OR SCHEDULE CALLBACK.]

1. ¿Puedo completar la encuesta en internet en español [o chino]?

La encuesta en internet está disponible en inglés y en español en este momento. Si desea completar una encuesta en chino, podemos enviarle una encuesta en chino por correo, o puede completar la encuesta en chino por teléfono.

1. Perdí la carta con la información acerca de cómo realizar la encuesta en internet.

Puedo ayudarle con eso. La encuesta por internet está disponible en [INTERNET SURVEY URL]. Si me dice su nombre, puedo buscar sus datos de acceso [PROVIDE LOGIN CREDENTIAL(S)].

***Nota para el Personal de Atención al Cliente:*** *En este caso, el personal de atención al cliente puede facilitarle a la persona inscrita encuestada la URL de la encuesta en internet y la información correspondiente para el acceso por teléfono o por correo electrónico.*

1. TRAS EL SEGUNDO ENVÍO POR CORREO DE LA ENCUESTA: ¿Me puede enviar por correo otra encuesta?

Le pido disculpas, pero no podemos enviar por correo otra encuesta en este momento. Sus respuestas son muy importantes y deseamos asegurarnos de contar con su opinión. Le agradeceríamos que completara esta encuesta ahora por teléfono. **SI LA RESPUESTA ES NO:** También puede responder la encuesta en internet, en [INTERNET SURVEY URL]. Si le interesa, puedo buscar sus datos de acceso [PROVIDE LOGIN CREDENTIAL(S)].

1. ¿Es demasiado tarde para enviar mi encuesta?

No, tenga a bien enviarla apenas pueda. Sus respuestas son muy importantes y deseamos asegurarnos de contar con su opinión.