Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (MA & PDP) CAHPS® Survey

Frequently Asked Questions for Customer Support

Overview

The questions and responses in this document have been compiled to assist survey vendor staff in responding to frequently asked questions (FAQs) related to the Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (MA & PDP) CAHPS Survey. Answers have been provided to general questions about the survey, concerns about participating in the survey and questions about completing the survey.

Note: Survey vendors conducting the MA & PDP CAHPS Survey and plans participating in the survey initiative must NOT attempt to influence or encourage beneficiaries to answer survey questions in a particular way. Please refer to the "Program Requirements" section of the Quality Assurance Protocols & Technical Specifications V17.0 for more information on communicating with beneficiaries about the MA & PDP CAHPS Survey.

Note: Survey vendors should follow their own standard procedures for handling information provided by a beneficiary either by mail or by phone that may suggest a beneficiary's health or well-being is at risk.

I. General Questions About the Survey

- **¿Quién está llevando a cabo esta encuesta?**

  Soy un/a entrevistador/a de [SURVEY VENDOR NAME]. [HEALTH OR DRUG PLAN] ha solicitado a nuestra organización que le ayudemos a llevar a cabo esta encuesta que está diseñada para obtener comentarios de sus inscritos.

- **¿Quién patrocina esta encuesta?**

  La encuesta está patrocinada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). CMS es una agencia federal y es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Esto es parte de un esfuerzo para conocer su opinión sobre la atención que está recibiendo. Las respuestas a la encuesta se utilizan para mejorar los

servicios de Medicare y ayudarán a que otras personas con Medicare elijan un plan de salud.

- **¿Quién es CMS?**

  CMS son las siglas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que es una agencia federal que supervisa a Medicare y a Medicaid. Esta agencia federal es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

- **¿Cuál es el propósito de la encuesta?**

  Esta encuestarecopila información sobre aspectos importantes de su experiencia con los servicios del plan de salud y de medicinas recetadas a través de Medicare. Medicare utiliza esos datos para proveer información sobre la calidad de servicios que usted y otros inscritos reciben en Medicare. Esa información puede ayudar a otras personas cuando estén decidiendo qué opción de Medicare es la mejor para ellos.

- **¿Cómo se utilizarán los datos?**

  Con los datos obtenidos en la encuesta se comparan las experiencias que los consumidores tienen con los servicios del plan de salud y de medicinas recetadas. Los datos de la encuesta se publican en el manual Medicare y Usted, así como en el sitio web del Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov). Al participar en esta encuesta usted le ayudará a Medicare a mejorar los servicios de atención médica.

- **¿Cómo puedo verificar que ésta es una encuesta legítima?**

  Para verificar la legitimidad de esta encuesta puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE..

- **¿Hay alguna agencia gubernamental a la que pueda llamar para saber más sobre esta encuesta?**

  Sí, puede ponerse en contacto con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que es una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por teléfono al 1-800-MEDICARE.

- **¿Cuánto va a durar esto?**

  Las encuestas de Medicare duran entre 10 y 15 minutos en total. *NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER THE MA & PDP CAHPS SURVEY IS INTEGRATED WITH HEALTH OR DRUG PLAN-SPECIFIC QUESTIONS.*

- **¿Qué preguntas van a hacer?**

  Las preguntas de la encuesta son sobre sus experiencias con los servicios del plan de salud o de medicinas recetadas.

- **¿Debería considerar la atención médica que recibí en persona, por teléfono, o por videollamada?**

  Sí. Por favor conteste cada pregunta pensando en las veces que usted recibió atención médica ya sea en persona, por teléfono, o por videollamada.

- **Ya he enviado la encuesta. / Ya completé la encuesta en línea.**

  Nuestros registros indican que aún no hemos recibido su encuesta completada. Sus respuestas son muy importantes, y queremos estar seguros de comunicarle sus comentarios al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Le agradeceríamos si usted pudiera contestar esta encuesta ahora por teléfono.

- **Acabo de completar otra encuesta. ¿Tengo que completar esta otra?**

  Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos, lleva a cabo varias encuestas con los inscritos en Medicare, como la Encuesta de Medicare Sobre la Salud o la Encuesta sobre la Experiencia con el Profesional Médico de Medicare. Puede que usted haya llenado una de estas encuestas de CMS. Esta es una encuesta distinta, y mediante esta encuesta, se recopilarán aspectos importantes de su experiencia con los servicios del plan de salud y de medicinas recetadas. Le agradeceríamos si usted pudiera contestar esta encuesta ahora por teléfono.

- **No hablo [LANGUAGE] bien. ¿Me pueden mandar una encuesta en [LANGUAGE]?**

  Actualmente la Encuesta sobre la Experiencia con Medicare no se ofrece en [LANGUAGE]. Hemos anotado su petición, y se lo comunicaremos a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS por sus siglas en inglés) para su consideración en el futuro. Gracias por su tiempo.

II. Concerns About Participating in the Survey

- **¿Por qué me está llamando? No tengo Medicare. Soy miembro de [HEALTH OR DRUG PLAN].**

  Su plan tiene un contrato con Medicare para ofrecerle servicios. Las respuestas que usted proporcione ayudarán a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a mejorar la calidad de la atención proporcionada por planes de salud y de medicinas recetadas. Su participación es muy importante.

- **Tengo Medicare, y no estoy inscrito/a en [HEALTH OR DRUG PLAN]. Creo que no debería contestar estas preguntas.**

  Por favor, conteste las preguntas basándose en su experiencia con Medicare. Las respuestas que usted proporcione ayudarán a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a saber qué calidad de atención médica reciben usted y otros inscritos. Su participación es muy importante.

- **Cambié mi plan de Medicare. Ya no pertenezco a [HEALTH OR DRUG PLAN]. Creo que no debería contestar estas preguntas.**

  Si cambió su plan de Medicare para el 2027, por favor conteste las preguntas basándose en las experiencias que tuvo con Medicare en los últimos 6 meses del 2026. Las respuestas que usted proporcione ayudarán a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid a saber qué calidad de atención médica reciben usted y otros inscritos. Su participación es muy importante.

- **¿Quién verá mis respuestas?**

  Sus respuestas serán confidenciales y solo las verán personas autorizadas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y [SURVEY VENDOR].

- **Pensé que las leyes de privacidad protegían mi confidencialidad. ¿Cómo consiguió mis datos de contacto y mi información médica?**

  La encuesta que estamos llevando a cabo es totalmente conforme a las leyes de privacidad, también conocida como HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Hemos sido autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar esta encuesta y mantendremos la confidencialidad de toda la información.

- **¿Cómo obtuvo mi nombre? ¿Cómo me eligieron para la encuesta?**

  Su nombre fue seleccionado al azar entre todos los inscritos en Medicare dentro de su plan.

- **¿Cómo obtuvo mi correo electrónico/número de teléfono?**

  Medicare proporciona la información de contacto de todos los inscritos seleccionados al azar.

- **Yo no participo en encuestas.**

  Entiendo. Sin embargo, espero que considere la posibilidad de participar. Este es un estudio muy importante para [HEALTH OR DRUG PLAN]. Los resultados de la encuesta le ayudarán a Medicare a saber sobre la calidad de servicios de atención médica y de medicinas recetadas que recibe usted.

- **No me interesa.**

  El [HEALTH OR DRUG PLAN] verdaderamente podría usar su ayuda. Su participación ayudará a mejorar los servicios de atención médica y de medicinas recetadas para otros inscritos.

- **Estoy muy ocupado/a. Realmente no tengo tiempo.**

  Su tiempo es valioso. Esta es una encuesta muy importante, y yo le agradecería verdaderamente que me ayudara hoy. La entrevista durará unos 10 a 15 minutos. Puedo programar la entrevista para otro momento que sea más conveniente para usted.

- **Usted me está llamando a mi celular. ¿Puede volver a llamarme después de las [ENROLLEE SPECIFY] de modo que la llamada no utilice ninguno de los minutos de mi teléfono celular?**

  Sí, podemos volver a llamarlo/a a las [ENROLLEE SPECIFY].

  [IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE ENROLLEE'S SPECIFIED TIME] Set a future date and time for the telephone interview.

- **No quiero contestar un montón de preguntas personales.**

  Entiendo su preocupación. Esta es una encuesta muy importante. Si una pregunta le molesta, dígame que prefiere no contestarla, y pasaré a la siguiente pregunta. ¿Por qué no empezamos, y así usted ve cómo son las preguntas?

- **Estoy muy descontento/a con [HEALTH OR DRUG PLAN], y no veo por qué debo ayudarles con esta encuesta.**

  Siento mucho saber que está descontento/a. Justamente su participación en esta encuesta ayudará a saber cuáles son las mejoras que necesita su plan de salud o de medicinas recetadas.

- **¿Tengo que contestar la encuesta?**

  Su participación es voluntaria. No hay ninguna sanción por no participar. Por favor, entienda que esta es una encuesta muy importante, y sus respuestas nos ayudarán a mejorar la calidad de los servicios que ofrece [HEALTH OR DRUG PLAN] y también ayudará a otros consumidores a tomar decisiones informadas cuando elijan un plan de salud o de medicinas recetadas.

- **¿Voy a recibir correo no deseado ("*junk mail*") si contesto esta encuesta?**

  No, usted no recibirá ningún correo no deseado como resultado de participar en esta encuesta. Los nombres, números de teléfono, correos electrónicos, y direcciones se mantendrán estrictamente confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines de esta encuesta.

- **No quiero que nadie venga a mi casa.**

  Nadie irá a su casa. La encuesta recopila la información a través de en línea, el correo o de entrevistas telefónicas.

- **Estoy en la *Lista de No Llamar*. Usted no debería estar llamándome.**

  La *Lista de No Llamar* prohíbe las ventas y llamadas de telemercadeo. No estamos vendiendo nada y no estamos pidiendo dinero. Somos una empresa de encuestas de investigación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) nos pidió ayuda para realizar esta encuesta.

- **No quiero comprar nada.**

  No estamos vendiendo nada. Queremos hacerle algunas preguntas sobre la atención y los servicios proporcionados por [HEALTH OR DRUG PLAN].

- **Casi nunca estoy enfermo/a. No creo que le interese hablar conmigo.**

  Todos los seleccionados para esta encuesta proporcionan información muy importante que ayudará a mejorar los servicios de atención médica y de medicinas.

- **¿Mis respuestas le afectarán a mi doctor?**

  Su doctor no verá las respuestas de su encuesta.

- **No he utilizado [HEALTH OR DRUG PLAN] todavía. ¿Todavía debo contestar las preguntas?**

  Sí, aunque no haya utilizado ningún servicio de atención médica o de medicinas de su plan, cualquier información que usted pueda proporcionar será útil.

- **Tengo cobertura del VA. No creo que esta encuesta me corresponda.**

  Aunque usted tiene cobertura del VA, los registros de CMS indican que usted también está inscrito/a en (HEALTH PLAN). Aunque no utilice este plan de salud, la información que usted proporcione al contestar la encuesta le dará a CMS información que es importante para garantizar atención de calidad para las personas que cuentan con Medicare.

III. Questions About Completing the Survey

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

  Por favor, no escriba su nombre ni su dirección en el cuestionario. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite saber cuáles son los inscritos que han llenado y devuelto un cuestionario.

- **Survey Vendor receives an inbound call prior to the start of the inbound CATI component of survey administration such as the following:**

  He recibido una carta diciéndome que recibiré una encuesta [por correo/por correo electrónico]. ¿Puedo contestar la encuesta ahora, mientras estamos hablando por teléfono?

  En este momento no puede contestar la encuesta por teléfono. Después de recibir la encuesta [por correo/ por correo electrónico], usted puede llamar de nuevo para contestar la encuesta por teléfono. Si no devuelve por correo o en línea la encuesta contestada, lo/a llamarán por teléfono en una fecha posterior.

- **AFTER SECOND SURVEY MAILING: ¿Puede enviarme otra encuesta por correo?**

  Lo sentimos, en este momento no podemos enviarle por correo otra encuesta. Sus respuestas son muy importantes y queremos asegurarnos de transmitirle sus comentarios a CMS. Le agradeceríamos que usted pudiera contestar esta encuesta ahora por teléfono.

- **No puedo contestar esto yo solo/a, ¿puedo pedirle a mi _____ que me ayude?**

  Si usted cree que no puede contestar la encuesta usted mismo/a, usted puede permitir que otra persona conteste la encuesta en su lugar, o que le ayude a usted a completarla. Esta persona tiene que ser alguien que le conoce a usted muy bien y que podría contestar preguntas relacionadas con la salud en su nombre, si usted le da su permiso. Esta persona es generalmente un familiar o pariente, pero también podría ser un cuidador o un amigo cercano.

  CONDUCTING A PROXY INTERVIEW

  While enrollees are encouraged to respond directly to the survey, not all elderly or disabled respondents are able to do so. In such cases, proxy responses are acceptable. A family member or other proxy may complete the survey for the enrollee. The interviewer must obtain the enrollee's permission to have a proxy respondent assist him/her. If the interviewer is unable to speak to the enrollee directly in order to obtain permission and identify a proxy respondent, do not proceed with the interview.

- **En la encuesta que recibí en línea/por correo no había ninguna sección para escribir comentarios sobre mi plan de salud. ¿Puedo hacerle mis comentarios a usted?**

  Lamentablemente, nuestro sistema no está configurado para registrar comentarios sobre un plan de salud. Si tiene algún comentario adicional respecto a su plan de salud que le gustaría comunicarnos, por favor llame al 1-800-MEDICARE y hable con un representante.