



P.O. Box 25209
 Santa Ana, CA 92799-5209
 Teléfono: (714) 619-4660/(800) 877-6372
 Fax: (714) 619-4662
 www.MESVision.com

Nombre del paciente: _____
 Últimos cuatro dígitos del SSN: _____
 O fecha de nacimiento: _____
 Fecha en que llamó: _____
 Nombre del representante que atendió su llamada: _____

Apreciamos que sea afiliado del plan de la vista de Medical Eye Services, Inc. (MESVision), y queremos que su experiencia sea agradable cuando reciba los servicios de asistencia en idiomas. Le pedimos que tenga la amabilidad de tomarse unos minutos para responder a las siguientes preguntas. Para su comodidad, le adjuntamos un sobre con la dirección impresa. Gracias.

Para ayudarnos a que proporcionemos un mejor Servicio de Asistencia en Idiomas, le hemos enviado el siguiente cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestro Programa de Asistencia en Idiomas.

1) ¿Habló con un representante de Servicio al Cliente de **MESVision**® que habla español?

Sí No

Si la respuesta es sí, responda la pregunta N.º 3

2) ¿Habló con un intérprete cuando se comunicó con un representante del Centro de Llamadas de **MESVision**® por medio de una llamada en conferencia entre 3 personas?

Sí No

A) ¿Había un intérprete disponible en forma inmediata cuando llamó?

Sí No

B) ¿Cómo clasificaría su experiencia para acceder a un intérprete?

Excelente Buena Regular Mala

3) ¿Cómo clasificaría la actitud/el profesionalismo del intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MESVision**®?

Excelente Bueno Regular Malo

4) Cuando habló con el intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MESVision**®, ¿qué tan bien él/ella entendió lo que usted le decía en su idioma preferido?

5) ¿Cómo clasificaría la capacidad del intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MESVision**® para responder a sus preguntas en su idioma preferido?

A) ¿Entendió la información y las instrucciones que le proporcionó el intérprete/representante de Servicio al Cliente de **MESVision**®?

Sí No

6) En general, ¿cómo clasificaría los servicios que le proporcionó nuestro Programa de Asistencia en Idiomas (servicios de interpretación)?

7) ¿Solicitó documentos del plan de la vista en su idioma?

Sí No

Si la respuesta es sí, indique a continuación:

- Folleto de resumen de beneficios
- Formulario de autorización de la ley HIPAA
- Aviso de prácticas de privacidad de la ley HIPAA
- Otro:

- Formulario de Revisión Médica Independiente (IMR)
- Formulario de quejas para pacientes
- Procedimientos de quejas para pacientes

8) Califique el nivel de facilidad con la que pudo leer estos documentos en su idioma.

Excelente Bueno Regular Malo

Explicaciones de las clasificaciones anteriores y sugerencias para mejorar el Programa de Asistencia en Idiomas: *puede usar el reverso de la página para agregar más comentarios:*
