

Medical Eye Services (**MES Vision**) es el administrador del plan de atención de la vista de su empresa. Uno de los objetivos de la empresa es mejorar la entrega, el procesamiento de los reclamos y el servicio de su plan de atención de la vista en la medida de lo posible. Agradeceríamos mucho conocer su opinión; por eso, y para su comodidad, incluimos un sobre con la dirección impresa. Gracias.

Califique los siguientes aspectos:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	N/A
1. Su experiencia con el proveedor del servicio de examinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su experiencia con el proveedor de artículos para la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Calidad de la examinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Calidad de los artículos para la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Conocimientos que el personal del proveedor tiene sobre su plan de atención de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sintió la necesidad de ponerse en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de MESVision antes o después de usar sus beneficios de atención de la vista?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
a) Si la respuesta es sí, califique la experiencia y proporcione sus comentarios al reverso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Sintió la necesidad de visitar el sitio web de MESVision antes o después de usar sus beneficios de atención de la vista?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
a) Si la respuesta es sí, califique su experiencia y proporcione sus comentarios al reverso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Califique su experiencia en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Recibió algún material acerca de sus beneficios?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
a) Si la respuesta es sí, ¿le sirvió la información en el material acerca de sus beneficios? Escriba sus sugerencias de adiciones o cambios que le gustaría que se hicieran en el material acerca de los beneficios que tiene en el espacio indicado al reverso de la hoja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10. ¿Encontró a algún proveedor participante en su área? Si la respuesta es no, llene y devuelva el formulario adjunto.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11. Cuando hizo su cita, ¿en qué plazo se la dieron?	<input type="checkbox"/> 1) Menos de 1 semana <input type="checkbox"/> 2) De 1 a 2 semanas <input type="checkbox"/> 3) De 3 a 4 semanas <input type="checkbox"/> 4) Más de 4 semanas <input type="checkbox"/> 5) N/A				
12. a) ¿Cuánto tiempo esperó después de la hora programada de su cita para recibir los servicios de atención de la vista?	<input type="checkbox"/> 1) Menos de 10 minutos <input type="checkbox"/> 2) De 10 a 20 minutos <input type="checkbox"/> 3) De 21 a 30 minutos <input type="checkbox"/> 4) Más de 30 minutos <input type="checkbox"/> 5) N/A				
b) Si fue necesario, ¿se reprogramó su cita de manera oportuna?	<input type="checkbox"/> 1) Menos de 1 semana <input type="checkbox"/> 2) De 1 a 2 semanas <input type="checkbox"/> 3) De 3 a 4 semanas <input type="checkbox"/> 4) Más de 4 semanas <input type="checkbox"/> 5) N/A				
c) Si llamó a su oftalmólogo después del horario de servicio, ¿recibió un mensaje en el que se le haya explicado cómo obtener atención urgente o de emergencia, o cómo comunicarse con su proveedor médico o plan?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
13. Mientras se encontraba en el consultorio del proveedor:					
a) ¿Se interesó en algún material educativo para pacientes (y lo solicitó)? (como folletos o panfletos sobre la atención de la vista) Si la respuesta es no, vaya al n.º 14.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
b) En caso de que se haya interesado, ¿solicitó y recibió los materiales educativos para pacientes?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
c) Si no estaban disponibles los materiales educativos para pacientes, ¿en qué temas sobre la atención de la vista tenía interés?					
14. Especifique su preferencia de idiomas para ayudarnos a mejorar nuestro programa de asistencia en otros idiomas. Idioma en el que prefiere comunicarse de manera oral: _____ Idioma en el que prefiere comunicarse por escrito: _____					
15. Si el idioma en el que prefiere comunicarse de manera oral <i>no</i> es el inglés, ¿pudo comunicarse fácilmente con el proveedor o con el personal del proveedor durante su cita en el consultorio?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Si la respuesta es no, explique la razón al reverso de la página.				
16. ¿MES puede compartir con su proveedor las respuestas o los comentarios que proporcionó en la encuesta? Esta información se usa con el fin de mejorar la calidad.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	