# 客户服务人员及采访者的常见问题

## 概述

本文件中的问题与回答是用于协助供应商回应与QHP投保人调查相关的常见问题 (FAQ) 本文件提供与本调查相关的一般问题、参与调查的顾虑以及与完成调查相关问题的回答。

## I. 与本调查相关的一般问题

1. 谁在进行这项调查？

我是[VENDOR NAME]的采访者。[QHP ISSUER NAME]已与本机构签订合约协助进行这项调查，该调查会询问您从2023 7月到12月通过[QHP ISSUER NAME]接受的医疗保健服务。

1. 谁在赞助这项调查？

这项调查由[QHP ISSUER NAME]赞助，作为「病患保护与平价医疗法案」的一部分，该法案要求每个通过保险市场提供的健保计划均需评估投保人的满意度。

1. 调查的目的是什么？

这项调查的目的是了解您在过去6个月中通过您的健保计划取得医疗保健的体验。通过回答问题，您将提供与您健保计划质量相关的资讯。这些资讯还可以帮助healthcare.gov或您州的健保市场使用者选择健保计划。 此外，[QHP ISSUER NAME] 日后可使用该资讯为投保人提供更好的服务。

1. 我的答复将如何被使用？

从本调查取得的资讯将与其他资讯合并，然后提供给通过healthcare.gov 或您州的健保市场购买健保计划的消费者，帮助他们选择健保计划。[QHP ISSUER NAME] 也将使用调查资料，以便日后为投保人提供更好的服务。

1. 是否有我可以联络的政府机构，以便查询关于本调查的更多资讯？

有的,您可通过电子邮件[CMS\_FEPS@cms.hhs.gov](mailto:CMS_FEPS@cms.hhs.gov)与监督本调查的卫生与公共服务部下属的联邦政府机构 Medicare & Medicaid服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services）联络。

1. 调查需要多久时间？

这份调查问卷可在大约10分钟内完成。填写调查问卷实际用时将取决于您提供的回答。

1. 将会询问什么问题？

调查问题会询问您通过您的健保计划取得服务的相关体验。

1. 我已将调查问卷寄回。

根据我们的纪录显示，我们还未收到您的调查问卷，我们想确保我们能取得您的意见反馈。我们希望您现在能通过电话完成调查。如果您现在不方便讲电话，我们可否安排预约在 [SPECIFY DATE 5 CALENDAR DAYS FROM CALL DATE] 致电给您, 如果我们到时仍然未收到该份调查问卷的话？

1. 我应该使用什么时间范围来回答调查问题？

请用在2023年7月至12月期间使用您在[QHP ISSUER NAME]的健保计划的体验来回答调查问题。

## II. 参与调查的顾虑

1. 我今年没有去看医生。我还应该回答调查吗？

是。即使您已经有一段时间没有去看医生了，或者您没有使用计划中的健康服务, 您提供的任何信息都会有所帮助。

1. 今年我病得很重。我还应该回答调查吗？

得知您生病了，我们深表同情。尽管困难重重，您的健康计划仍致力于改善他们提供的医疗保健服务。通过回答问题，您将帮助提供有关您的健保计划质量和需要改进的方面的信息。您的参与非常重要。

1. 我今年是在电话/视频预约远程访问我的医生的。那算作看医生吗？

是的，在本次调查中，所有电话/视频访问均被视为医生访问。您可以提供的有关您的健保计划经历的任何信息都将有所帮助。

1. 为什么要问有关我的医疗保健的问题？

您的健保计划致力于改善他们提供的护理。通过回答问题，您将帮助提供有关您的健保计划质量和需要改进的方面的信息。您的健保计划将来可能会使用此信息为其他投保人提供更好的服务。

1. 您为何打电话给我？

因为我们希望您参与一项调查，了解您在过去6个月中通过您的健保计划取得医疗保健的体验。通过回答问题，您将提供与您健保计划质量相关的资讯，这些资讯可能与其他资讯一并使用，以协助Marketplace消费者选择健保计划。此外, [QHP ISSUER NAME]日后可使用该资讯为投保人提供更好的服务。您的参与十分重要。

1. 谁会看到我的回答？

您的回答将保密处理,且只有[VENDOR NAME]的授权人员才能看到。我们代表您的健保计划进行此项调查。所有回答均会汇总至大型数据库中，并将与 Medicare & Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services，CMS） 分享。我们将会移除所有能识别您身份的信息。

1. 我以为隐私法会保障我资讯的保密性。您是如何取得我的联络资讯的？

我们正在进行的调查完全遵循隐私法「健康保险便利和责任法案」(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）的规定。我们已取得[QHP ISSUER NAME]和Medicare & Medicaid服务中心授权进行这项调查，并将确保您提供的所有信息获得完全的保密。

1. 您是如何知道我的名字的？ 我是如何被选入参加调查的？

我们从所有目前投保您健保计划的会员中随机挑选出您的名字。

1. 您是如何取得我的电话号码的？

为了进行调查，[QHP ISSUER NAME] 向 [VENDOR NAME] 提供了您的联系方式。

1. 我不参加任何调查。

我明白。不过，我希望您能考虑参加这项调查。这项调查十分重要,且您的回答将有助于提升 [ QHP ISSUER NAME ] 为以后投保人提供的服务的质量。日后,这些资讯也能帮助消费者选择健保计划。

1. 我没有兴趣参加。

[QHP ISSUER NAME]真的需要您的帮助。您的参与将帮助改进为您和其他个人提供的医疗保健服务。

1. 我很忙。我没有时间。

我们了解您的时间十分宝贵。这项调查十分重要，我希望您今天能帮助我们。 这次访谈需要10分钟便可完成。如果您愿意，我们可以安排一个更为方便您的时间来进行访谈。

1. 您打的电话是我的手机号码。您可否致电我的住家电话/固网电话？

可以，我们乐意再打电话给您。您希望我打哪个电话号码？

[ENROLLEE SPECIFY.]

现在方便打这个电话号码吗？或者您希望我们在其他时间打电话给您？

[SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW OR DIAL RIGHT AWAY.]

1. 我现在不方便讲电话。

我们可以在您方便的时间再给您打电话。什么时间您会比较方便？ [ENROLLEE SPECIFY.]

[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE *ENROLLEE’S* SPECIFIED TIME, THEN 「抱歉，我们在这段时间不能给您打电话。有没有其他日子或时间您方便？」[SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW.]

1. 我不想回答很多个人问题。

我理解。您的意见非常重要，且有助于您的健保计划了解其需要作出改进的地方。您的回答将会与其他消费者的回答合并以提供汇总的分数。如果有问题您不想回答，只需告诉我，我可以跳到下一个问题。我们现在就可以开始，您可以看看都是什么样的问题。

1. 我对 [QHP ISSUER NAME] 很不满意,我不明白为何应帮助他们做这项调查。

很抱歉您觉得不满意。作为本调查问卷的一部分，从您和其他使用此计划的人士所取得的信息将有助于 [QHP ISSUER NAME] 更好地了解计划会员的疑虑。您的回答将会与其他消费者的回答合并以提供汇总的分数。这些汇总结果将帮助计划确定会员所关注的需要作出改进的地方。

1. 我是否必须完成调查？

您的参与纯属自愿。您不会因为不参加而遭受惩罚。请了解,这项调查十分重要，且您的回答将有助于提升 [QHP ISSUER NAME]为您及其他人提供的服务的质量。日后，这些信息也能帮助其他消费者选择健保计划。

1. 如果我参与调查，是否会收到垃圾邮件？

不会。您不会因参与这项调查而收到任何垃圾邮件。您的姓名、电话号码和地址都会完全保密，并且只会用于本调查。

1. 我不希望任何人到我家里来。

没有人会到您家里去。这项调查可以通过线上、电子邮件或电话等方式进行。

1. 我不想购买任何东西。

我们没有在销售产品，我们只想询问您一些问题，了解您对 [QHP ISSUER NAME] 提供的医疗保健和服务的体验。

1. 我几乎从不生病。我不认为调查我对你们有什么帮助。

每个被选中参加这项调查的人都能为我们提供重要资讯，将帮助改进您健保计划提供的服务。

1. 我的回答是否会影响到我的医师？

您的医师不会看到您调查问卷中的回答。我们调查的是您健保计划提供的服务， 而非个别医师提供的服务。

1. 我还没用过我的健保计划。是否仍应作答？

是。即使您尚未使用您计划的任何保健服务，您提供的任何资讯都会对我们有用。

1. 我已经不是本健保计划的投保人。

感谢您提供的信息。我们仅对目前投保此健保计划的个人进行访谈。

1. 我的名字在拒绝来电清单上。 您不应该打电话给我。

拒绝来电清单禁止的是销售与电话营销来电。但我们并没有要销售产品，也不会让您花钱。我们是调查研究公司。您的健保计划要求我们进行这项调查，我们希望您能考虑参加这项调查。

1. 请将我从这项调查中移除而且不要再与我联络（以电子邮件方式）。

请提供信函上所列的专属ID号码 [VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION]，以便我们能将您从我们的联系列表上移除。

1. 请将我从您们的电话列表上移除，并停止通过电话联络我。（以电话方式）

请提供信函上所列的专属ID号码 [VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION]，以便我们能将您从我们的联系列表上移除。

1. 我对从 [QHP ISSUER NAME] 接受的医疗保健服务存有疑问/投诉。

感谢您与我们联络。我们是一家独立公司，代表您的健保计划进行此项体验问卷调查。您有问题/疑虑应直接向健保计划反映。您可以拨打健保计划会员卡上所列的电话号码联络健保计划的客户服务热线。

1. 我对 [QHP ISSUER NAME] 的帐单或其他行政事宜存有疑问/投诉。

感谢您与我们联络。我们是一家独立公司，代表您的健保计划进行此项体验问卷调查。 您有问题/疑虑应直接向健保计划反映。您可以拨打健保计划会员卡上所列的电话号码联络健保计划的客户服务热线。

1. 您可否邮寄一份*(Blank line for filling in.)*（中文以外的语言）语的调查问卷给我？

抱歉，目前我们未能提供该语言版本的调查问卷。如果可能，请找人帮助您填写问卷。谢谢您的关注。

## III. 与完成调查相关的问题

1. 我要在调查问卷中什么地方提供我的名字或地址？

请不要在调查问卷中提供您的姓名或地址。每份调查问卷都已被指派一组识别号码，我们能通过这组号码追踪记录谁已经交回了填妥的问卷。

1. 我无法亲自完成调查。 是否能让我的blank line to be filled in帮助我？

可以，但您要授权让他们代表您。代理人应该很了解您并能代表您准确回答与您健康相关的问题。

1. 我还没用过这个健保计划,但我家中的其他人用过。我是否应让用过的人来完成调查 ？

请不要这么做。您是被随机选中来完成这项调查，并且我们需要由您来完成调查。每个被选中参加这项调查的人都能为我们提供重要信息，将帮助改进您健保计划提供的服务。

1. 我无法在线上完成调查，您能否帮助我？

很抱歉您无法在线上完成调查，但因为每个人使用的电脑类型、操作系统以及互联网浏览器都不同，不好意思我无法提供技术支持。 但是，如果您希望的话，我可以现在通过电话和您一起完成调查，也可以安排其他人在您更为方便的时间致电联络您。

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

1. 我扫不了二维码（QR），您能帮我吗？

很抱歉您无法扫描二维码（**QR**），但因为每个人使用的手机类型、操作系统以及互联网浏览器都不同，不好意思我无法提供技术支持。 但是，如果您希望的话，我可以现在通过电话和您一起完成调查，也可以安排其他人在您更为方便的时间致电联络您。

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

1. 我是否能在网络上使用中文完成调查？

目前网络调查提供英文版和西班牙语版。如果您希望使用中文完成调查，我们可以通过邮寄提供您中文版调查问卷，或者您也可通过电话使用中文完成调查。

1. 我把说明如何参加网络调查相关信息的信函弄丢了。

我可以帮助您。网络调查可在[INTERNET SURVEY URL] 找到。如果您可以通过网络完成调查，请提供您的姓名，我们可以查找您的登录认证 [PROVIDE LOGIN CREDENTIAL(S)]。

**Note to Customer Support Staff:** In this case, customer support staff may provide the sampled enrollee with the internet survey URL and the corresponding login information either via telephone or e-mail.

1. 在第二次邮寄调查问卷后：您能否邮寄给我另一份调查问卷？

很抱歉，我们目前无法邮寄另一份调查问卷给您。您的回答十分重要，并且我们想确保能取得您的意见反馈。我们希望您现在能通过电话完成调查。 **如果「否」**：您还可以在网络上完成调查问卷，网址为：[INTERNET SURVEY URL]。 如果您有兴趣，我们可以查找您的登录认证 [PROVIDE LOGIN CREDENTIAL(S)]。

1. 现在寄回我的调查问卷会否太迟？

不会，请尽快寄回您的调查问卷。您的回答十分重要，并且我们想确保能取得您的意见反馈。