Table of Contents

PHARMACY SURVEY

[Voicemail 6](#_Toc515442018)

|  |
| --- |
| Readme |
| Welcome message  |
| Members will receive a greeting that will let them know the health plan is calling with a survey on a specific topic. |
| The member will be asked to confirm their identity, and if appropriate, confirm that they have experience relevant to the survey topic. If it is a sensitive topic, the member may be asked to confirm year of birth. The member will have 2 chances to enter the YOB correctly. If it’s incorrect on the second try, they will be sent to member services for further assistance.  |
| Main Message  |
| After the verification process, members receive any introductory text and subsequent survey questions. If members do not verify relevant experience necessary for completing questions, they may be given the choice to transfer to member services for assistance or they may be notified that they have been reached in error and the call is ended. |
| If the WRONG person is reached, the call is ended. |
| Condition Column |
| The condition column details the subject of the message and provides instructions to HC’s technical writers as to the next step in the IVR branch. These instructions are written in red. |
| Custom Key Legend |
| The custom key legend shows all of the custom values used throughout the campaign. These values will be populated with the appropriate information at the time of the campaign. **Please fill these in upon review of the campaign script.** |
| *Custom Key* | *Definition* |
| {HealthPlan} | **Commonwealth Care Alliance** |
| {HealthPlanAbbr} | **CCA** |
| {PlanName} | **Opciones de atención para adultos mayores** **OneCare** |
| {MbrNameFirst}, {HoHNameFirst} | Nombre del miembro, nombre del padre/tutor |
| {MemberServicesNum} | Número de teléfono de Servicios al Miembro del plan: **866-534-9540**[This will route through HealthCrowd’s tracking number] |
| {MemberServicesHrsDays} | **De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y de 8 a.m. a 6 p.m. sábados y domingos.**  |
| {IvrSourceNumber} | El número de teléfono se comparte en un mensaje de voz para que el miembro llame a Servicios al Miembro. [This will route through CCA’s tracking number] |
| {LanguageSwitch} | {Para continuar en Español, diga ESPAÑOL}: mensaje en inglés{To continue in English, say English}: mensaje en español |

|  |
| --- |
| Pharmacy Benefit  |
| Greeting  |
| GreetingElse, move to “Member Confirmation” | Hola, somos Commonwealth Care Alliance, su plan de salud. Estamos llamando a todos los miembros de {PlanName} con algunas preguntas sobre las farmacias y los medicamentos. Le solicitamos que responda esta encuesta de 5 minutos y nos dé su opinión para asegurarnos de que los miembros, como usted, reciban la mejor atención y servicio posibles. {LanguageSwitch} | Pharm\_ES\_1APlanName\_ES\_SC OR PlanName\_ES\_OCPharm\_ES\_1B |
| Member Confirmation 1If no, move to “Wrong Person” | Antes de empezar, ¿es usted {MbrNameFirst}? Si su respuesta es sí, diga SÍ o presione 1. Si es no, diga NO o presione 2.  | PostDis\_ES\_2APostDis\_ES\_2B |
| Wrong PersonIf Available, move to “Wait”. If Unavailable, move to “Call back”. If Wrong, move to End call.  | ¿{MbrNameFirst} puede contestar la llamada ahora? Si su respuesta es SÍ, diga SÍ o presione 1. Si es NO, diga NO o presione 2. Si llamamos al número equivocado, diga EQUIVOCADO o presione 3. | PostDis\_ES\_3APostDis\_ES\_3BPostDis\_ES\_3C |
| Call BackEnd Call | Gracias por avisarnos. Le llamaremos más tarde. Gracias por su tiempo, ¡adiós! | PostDis\_ES\_4 |
| Wait | Gracias. Esperaremos. Presione cualquier tecla para continuar cuando esté listo. | PostDis\_ES\_5 |
| NoEnd call | Lo sentimos, nos comunicamos con usted por error. Gracias por su tiempo. ¡Adiós! | PostDis\_ES\_6 |
| Call-to-Action *If there is no response after 30 seconds, repeat the question 1x time before moving on to the next question.* |
| Question 1Move to Question 2 | En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil y práctico usar su farmacia? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4 | Pharm\_ES\_2 |
| Question 2Move to Question 3 | En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no se tomó algún medicamento porque no pudo ir a la farmacia a recogerlo? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4.  | Pharm\_ES\_3 |
| Question 3IF Q3 is NEVER move to Question 6 ELSE Move to Question 4 | En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia una farmacia le dijo que su medicamento no estaba cubierto? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. Para repetir la pregunta, diga REPETIR o presione 9. | Pharm\_ES\_4 |
| Question 4Move to Question 5 | En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no se tomó algún medicamento porque su plan de salud no lo cubrió? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. | Pharm\_ES\_5 |
| Question 5Move to Question 6 | Cuando un medicamento no estaba cubierto, ¿con qué frecuencia su farmacia le AYUDÓ a conseguir lo que necesitaba? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. | Pharm\_ES\_6 |
| Question 6Move to Framing | En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su farmacia hizo un buen trabajo al comunicarse con usted y con su médico sobre sus medicamentos recetados? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. Para repetir la pregunta, diga REPETIR o presione 9. | Pharm\_ES\_7 |
| FramingMove to Question 7 | Commonwealth Care Alliance quiere saber qué servicios de farmacia le son de mayor utilidad. Infórmenos con qué frecuencia planea USAR los siguientes servicios de farmacia EN EL FUTURO. Aunque YA use estos servicios ahora, queremos saber con qué frecuencia los usará en el futuro. | Pharm\_ES\_8 |
| Question 7Move to Question 8 | En el futuro, ¿con qué frecuencia usará el servicio de envío por correo, el cual le envía los medicamentos a su hogar? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. | Pharm\_ES\_9 |
| Question 8Move to Question 9 | En el futuro, ¿con qué frecuencia pedirá que su farmacia local le envíe por correo todos sus medicamentos en paquetes organizados de tabletas con etiquetas que indiquen CUÁNDO debe tomarlos? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. | Pharm\_ES\_10 |
| Question 9Move to Concluding Message | ¡Última pregunta! En el futuro, ¿con qué frecuencia usará un suministro de 3 meses para no tener que surtir sus medicamentos cada mes? Si su respuesta es siempre, diga SIEMPRE o presione 1. Si es regularmente, diga REGULARMENTE o presione 2. Si es a veces, diga A VECES o presione 3. Si es nunca, diga NUNCA o presione 4. | Pharm\_ES\_11 |
| Concluding Message | ¡Gracias por participar! Usaremos sus comentarios para mejorar nuestros servicios de farmacia. Si tiene problemas para recibir o costear sus medicamentos, un representante de Servicios al Miembro le puede ayudar. Presione o diga UNO para transferirlo a un representante de Servicios al Miembro; de lo contrario, cuelgue para terminar la llamada. | Pharm\_ES\_12 |
| Repeat Message If response isn’t clear, this message will be played and the question will be played again. | Lo siento, no entendí lo que dijo. Inténtelo de nuevo.  | Pharm\_ES\_13 |
| Repeat Message 2If response still isn’t clear, this message will be played and the question will be played again. | Todavía no entiendo lo que dijo. Presione 1 en el teclado si su respuesta es SIEMPRE. Presione 2 si es REGULARMENTE. Presione 3 si es A VECES. Presione 4 si es NUNCA.  | Pharm\_ES\_14 |

|  |
| --- |
| Voicemail |
| Voicemail  | Messages |
| If phone call is not answered (adult) | ¡Hola! Somos Commonwealth Care Alliance, su plan de salud. Nos comunicamos con usted respecto a unas preguntas sobre sus beneficios y servicios de farmacia. Sus comentarios son importantes para ayudarnos a mejorar y asegurarnos de que le ofrecemos el mejor servicio posible; llámenos sin costo al {IvrSourceNumber}. Una vez más, el número es {IvrSourceNumber}. | Pharm\_ES\_15ASourceNum\_ES\_PharmPharm\_ES\_15B |