



Encuesta Para Personas Que Cambian o Dejan su Plan de Salud de Medicare Advantage

Al contestar las preguntas de esta encuesta, por favor piense únicamente en [su antiguo plan de salud](#) cuyo nombre y número de contrato aparecen en este cuadro:

Instrucciones para la Encuesta

Esta encuesta es sobre usted y sobre la atención médica que recibió de su antiguo plan de salud. El nombre de su antiguo plan se encuentra en la portada de esta encuesta.

- ◆ Conteste cada pregunta sólo en base a sus experiencias con su antiguo plan.
- ◆ Conteste cada pregunta pensando únicamente en usted mismo.

Al completar la encuesta:

- ◆ Conteste todas las preguntas marcando con una “X” el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija:

☐ Sí

- ◆ Para cada pregunta, asegúrese de leer todas las respuestas que hay antes de marcar una.
- ◆ Algunas preguntas tienen instrucciones que le indican que tiene que saltarse preguntas que no le aplican a usted. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar.

Por ejemplo: [☐ Si contestó “No”, pase a la Pregunta 3].

Por favor tómese el tiempo de completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas a CSS (la organización de investigación que ayuda a CMS con esta encuesta) en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que ésta lleve un número de control OMB vigente. El número de control OMB válido para esta recolección es **0938-1113, con fecha de vencimiento del 05/31/2020**. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **18 minutos** por encuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ATENCIÓN: Algunas preguntas tienen instrucciones que le indican si tiene que saltarse preguntas que no le aplican a usted. Al contestar las preguntas, por favor revise a ver si hay instrucciones que tiene que seguir.

SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

Le estamos enviando esta encuesta porque creemos que hace poco usted cambió o canceló su plan de salud de Medicare.

1. **Nuestros registros indican que usted era miembro del plan de salud cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta, pero que ya no pertenece a ese plan. ¿Es correcto?**
 - ☐ Sí, me cambie a otro plan de salud de Medicare **Pase a la pregunta 2**
 - ☐ Cambié de plan pero mi antiguo plan no era el plan cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta **Pase a la pregunta 2**
 - ☐ No, no cambié ni cancelé un plan de salud de Medicare recientemente **Alto. No llene el resto de la encuesta. Por favor devuélvala en el sobre adjunto.**

2. **¿Usted tuvo que cambiar o cancelar su antiguo plan de salud de Medicare por alguna de las razones siguientes?**
 - ☐ Me mudé fuera de la zona en la que el plan tenía cobertura **Alto. No llene. el resto de la encuesta. Por favor devuélvala en el sobre adjunto.**
 - ☐ El plan suspendió mi membresía **Alto. No llene. el resto de la encuesta. Por favor devuélvala en el sobre adjunto.**
 - ☐ El plan se canceló o suspendió en mi zona **Alto. No llene. el resto de la encuesta. Por favor devuélvala en el sobre adjunto**
 - ☐ La organización que me da el seguro (ya sea un antiguo empleador o un sindicato) fue la que cambió o canceló el plan **Alto. No llene. el resto de la encuesta. Por favor devuélvala en el sobre adjunto.**
 - ☐ Ninguna de las anteriores **Siga con la encuesta y pase a la pregunta 3**

OBTENER INFORMACIÓN O AYUDA DE SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

Al contestar las preguntas de esta encuesta por favor piense solo en su antiguo plan de salud (cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta).

3. ¿Alguna vez trató usted de obtener información o ayuda del servicio al cliente de su antiguo plan?
- ☐ Sí
- ☐ No Si contestó No, pase a la Pregunta 5
4. ¿Con qué frecuencia el servicio al cliente de su antiguo plan le dio la información o ayuda que necesitaba?
- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No traté de obtener información o ayuda del servicio al cliente de mi antiguo plan

OBTENER DE SU ANTIGUO PLAN DE SALUD LA ATENCIÓN MÉDICA QUE NECESITABA

5. ¿Alguna vez trató de obtener cualquier tipo de atención médica, pruebas o tratamientos a través de su antiguo plan?
- ☐ Sí
- ☐ No Si contestó No, pase a la Pregunta 7

6. ¿Con qué frecuencia fue fácil obtener la atención médica, pruebas o tratamientos que necesitaba a través de su antiguo plan?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No trate de obtener ningún tipo de atención médica, pruebas o tratamientos a través de mi antiguo plan

7. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor plan de salud posible y 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar su antiguo plan?

- ☐ 0 Peor plan de salud posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Mejor plan de salud posible

RAZONES POR LAS QUE DEJÓ SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

Las siguientes preguntas son sobre las razones que usted pudo haber tenido para cambiar o cancelar su antiguo plan de salud.

8. ¿Dejó su antiguo plan porque descubrió que alguien lo había inscrito en el plan sin su permiso?

- ☐ Sí
- ☐ No

9. ¿Dejó su antiguo plan porque lo sacaron del plan por error?

- ☐ Sí
- ☐ No

10. ¿Dejó su antiguo plan porque aumentó la cantidad de dinero que tenía que pagar cada vez que visitaba a un doctor?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No tuve que pagar por visitas al doctor

11. Algunas personas tienen que pagarle a su plan de salud una cuota mensual (llamada una prima) de su propio bolsillo, por tener cobertura médica.

¿Dejó su antiguo plan porque subió la cuota mensual?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No tuve que pagarle a mi antiguo plan una cuota mensual de mi propio bolsillo

12. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró un plan de salud que costaba menos?

- ☐ Sí
- ☐ No

13. ¿Dejó su antiguo plan porque un cambio en sus finanzas personales hizo que ya no pudiera usted costearse el plan?

- ☐ Sí
- ☐ No

14. ¿Dejó su antiguo plan porque ya no cubría sus necesidades a causa de un cambio en su salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

15. ¿Dejó su antiguo plan porque resultó ser más caro de lo que esperaba?

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Dejó su antiguo plan porque estaba insatisfecho con el proceso que el plan utilizaba para aprobar la atención médica, pruebas o tratamientos?

- ☐ Sí
- ☐ No

17. ¿Dejó su antiguo plan porque tuvo dificultades para obtener la atención médica, pruebas o tratamientos que necesitaba?

- ☐ Sí
- ☐ No

18. Las solicitudes de reembolso se envían al plan de salud para que las pague. Usted mismo puede enviar las solicitudes de reembolso, o algún doctor, hospital u otra persona pueden hacerlo por usted.

¿Dejó su antiguo plan porque tuvo dificultades para que el plan pagara una solicitud de reembolso?

- ☐ Sí
☐ No

19. ¿Dejó su antiguo plan porque los doctores u otros profesionales médicos que usted quería ver no pertenecían al plan?

- ☐ Sí
☐ No

20. ¿Dejó su antiguo plan porque las clínicas u hospitales a los que usted quería ir para que lo atendieran no estaban cubiertos por el plan?

- ☐ Sí
☐ No

21. ¿Dejó el plan porque era difícil obtener información de su antiguo plan — como qué servicios de salud estaban cubiertos o cuánto podía costar una prueba o tratamiento específico?

- ☐ Sí
☐ No

22. ¿Dejó su antiguo plan porque no estaba contento con la forma en la que el plan había manejado una pregunta o queja?

- ☐ Sí
☐ No

23. ¿Dejó su antiguo plan porque no pudo obtener del plan la información o ayuda que necesitaba?

- ☐ Sí
☐ No

24. ¿Dejó su antiguo plan porque el personal de servicio al cliente no lo trató con cortesía y respeto?

- ☐ Sí
☐ No

25. Cada año Medicare evalúa todos los planes de salud y les da una calificación de estrellas.

¿Dejó su antiguo plan porque obtuvo una baja calificación de estrellas de Medicare?

- ☐ Sí
☐ No

26. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró otro plan con una calificación de estrellas de Medicare más alta?

- ☐ Sí
☐ No

OTRAS RAZONES PARA DEJAR SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

27. ¿Dejó su antiguo plan porque un familiar o amigo le dijo sobre un plan que era mejor?

- ☐ Sí
☐ No

28. ¿Dejó su antiguo plan porque vio un comercial o anuncio de un plan de salud que le pareció que le gustaría más?

- ☐ Sí
- ☐ No

29. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró otro plan que satisfacía mejor sus necesidades en cuanto a sus medicinas recetadas?

- ☐ Sí
- ☐ No

30. ¿Dejó su antiguo plan porque otro plan ofrecía mejores beneficios o cobertura (por ejemplo cuidado dental o cuidado para la vista)?

- ☐ Sí
- ☐ No

ACERCA DE USTED

31. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

32. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

33. En los últimos 12 meses, ¿cuántas medicinas recetadas diferentes tomó?

- ☐ Ninguna
- ☐ 1 a 2 medicinas
- ☐ 3 a 5 medicinas
- ☐ 6 o más medicinas

34. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha ido a ver a un doctor o a otro profesional médico 3 veces o más por la misma enfermedad o problema?

- ☐ Sí
- ☐ No Si contestó No, pase a la Pregunta 36

35. ¿Se trata de una enfermedad o problema que ha durado por lo menos 3 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

36. ¿Necesita o toma ahora alguna medicina recetada por un doctor por cualquier enfermedad?

- ☐ Sí
- ☐ No Si contestó No, pase a la Pregunta 38

37. ¿Esta medicina es para tratar una enfermedad que ha durado al menos 3 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

38. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tenía alguna de las siguientes enfermedades?

- a. Un ataque al corazón ☐ Sí ☐ No
- b. Angina o enfermedad de las arterias del corazón ☐ Sí ☐ No
- c. Presión alta o hipertensión ☐ Sí ☐ No
- d. Cáncer, excepto cáncer de la piel ☐ Sí ☐ No
- e. Enfisema, asma o (EPOC) enfermedad pulmonar obstructiva crónica ☐ Sí ☐ No
- f. Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre ☐ Sí ☐ No

39. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?

- ☐ 8 años de escuela o menos
- ☐ 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- ☐ Graduado de la escuela secundaria o superior (*high school*), Diploma de escuela secundaria o superior, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- ☐ Título universitario de 4 años
- ☐ Título universitario de más de 4 años

40. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- ☐ Sí, hispano o latino
- ☐ No, no soy hispano ni latino

41. ¿Cuál es su raza? Marque una o más.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico
- ☐ Indígena americana o nativa de Alaska

42. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- ☐ Chino
 - ☐ Inglés
 - ☐ Ruso
 - ☐ Español
 - ☐ Vietnamita
 - ☐ Otro idioma (escriba en letra imprenta)
-

43. ¿Le ayudó alguien a completar la encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No Si contestó No, pase a la Pregunta 45

44. ¿Cómo le ayudó la persona? Marque uno o más.

- ☐ Me leyó las preguntas
- ☐ Escribió las respuestas que le di
- ☐ Contestó las preguntas por mí
- ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
- ☐ Me ayudó de alguna otra forma
(escriba en letra imprenta)
-

45. ¿Podemos volverlo a contactar si tenemos preguntas sobre sus respuestas en el cuestionario o si tenemos otras preguntas sobre los servicios de salud que usted recibió?

- ☐ Sí
- ☐ No

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA

Devuelva su encuesta completa en el sobre adjunto con franqueo pagado a:

MEDICARE SATISFACTION SURVEY
PO BOX 3416
HOPKINS, MN 55343-9740