



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

Las preguntas de esta encuesta son sobre su antiguo plan de salud. El nombre y número de contrato de su antiguo plan son --

< PREV_BENEFIT >

Provisto por <PREV_PLAN_CODE>

Instrucciones para la Encuesta

Gracias por el tiempo que le va a dedicar a completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes y le ayudarán a otras personas que tienen Medicare a escoger un plan de salud o un plan de medicinas recetadas.

Está recibiendo esta encuesta porque según los registros, usted cambió o canceló su plan de salud de Medicare recientemente.

Cómo completar esta encuesta:

- ◆ Conteste cada pregunta sólo en base a sus experiencias con su antiguo plan (el nombre del plan aparece en la portada de esta encuesta).
- ◆ Conteste cada pregunta pensando únicamente en usted mismo.
- ◆ Conteste cada pregunta marcando con una “X” el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija. Así:

☒ Sí

- ◆ Lea todas las respuestas que hay antes de marcar su respuesta.
- ◆ 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**].

- ◆ Una vez que haya completado la encuesta, devuélvala en el sobre con el 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 11/30/2027. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **11 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.

SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

1. Nuestros registros indican que usted era miembro de este plan de salud:

< PREV_BENEFIT >

Provisto por <PREV_PLAN_CODE>

pero que ya no pertenece a ese plan. ¿Es correcto?

☐ Sí, dejé el plan de salud que aparece anteriormente → **Pase a la Pregunta 2**

☐ No, dejé un plan de salud diferente → **Pase a la Pregunta 2**

☐ No, no cambié ni cancelé NINGÚN 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

☐ El plan suspendió mi membresía

☐ El plan se canceló o suspendió en mi zona

☐ La organización que me da el seguro (ya sea un antiguo empleador o un sindicato) 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**

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

3. ¿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 traté de obtener ningún tipo de atención médica, pruebas o tratamientos a través de mi antiguo plan

4. 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.

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

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Dejó su antiguo plan porque aumentó la cantidad de dinero que tenía que pagar (el copago) cada vez que visitaba a un doctor?

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

7. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró un plan con una cantidad de dinero que tenía que pagar (el copago) más baja para visitas a un doctor?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

¿Dejó su antiguo plan porque subió la prima mensual?

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

9. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró un plan con una prima mensual (una cuota) más baja?

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

17. ¿Dejó su antiguo plan porque era difícil obtener información del plan sobre qué servicios de salud estaban cubiertos o cuánto podía costar una prueba o tratamiento específico?

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

21. 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

22. ¿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

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

☐ Sí

☐ No

24. ¿Dejó su antiguo plan porque un agente o corredor de seguros le dijo sobre un mejor plan?

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

27. ¿Dejó su antiguo plan porque otro plan ofrecía mejores beneficios o cobertura (por ejemplo, cuidado dental o cuidado para la vista, audífonos, tarjetas prepagadas para medicamentos y suministros)?

☐ Sí

☐ No

ACERCA DE USTED

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

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

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

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

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

☐ Ninguna

☐ 1 a 2 medicinas

☐ 3 a 5 medicinas

☐ 6 o más medicinas

31. ¿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 33

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

☐ Sí

☐ No

33. ¿Necesita o toma ahora medicinas que le recetó un doctor?

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 35

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

☐ Sí

☐ No

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

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

36. ¿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

37. ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?

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

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

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

39. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

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

40. ¿Le ayudó alguien a completar la encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 42

41. ¿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):
-

42. ¿Podemos volverlo a contactar si tenemos preguntas sobre sus respuestas en la encuesta o 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**

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente