



Encuesta Para Personas Que Cambian o Cancelan su Plan de Medicinas Recetadas de Medicare

Las preguntas de esta encuesta son sobre **su antiguo plan de medicinas
recetadas**. 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 medicinas recetadas 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 12/31/2024. 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 MEDICINAS RECETADAS

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

< PREV_BENEFIT >

Provisto por <PREV_PLAN_CODE>

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

- ☐ Sí, dejé el plan de medicinas recetadas que aparece anteriormente → **Pase a la Pregunta 2**
- ☐ No, dejé un plan de medicinas recetadas diferente → **Pase a la Pregunta 2**
- ☐ No, no cambié ni cancelé NINGÚN plan de medicinas recetadas 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 medicinas recetadas 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
 - ☐ Ninguna de las anteriores → **Siga con la encuesta y pase a la Pregunta 3**
-
-
- Alto.**
No llene el resto de la encuesta.
Por favor devuélvala en el sobre adjunto.

OBTENER INFORMACIÓN O AYUDA DE SU ANTIGUO PLAN DE MEDICINAS RECETADAS

Al contestar las preguntas de esta encuesta por favor piense sólo en su antiguo plan de medicinas recetadas (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 MEDICINAS RECETADAS LAS MEDICINAS RECETADAS QUE NECESITABA

5. ¿Con qué frecuencia fue fácil usar su antiguo plan para obtener medicinas que su doctor le recetó?

☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
☐ No usé mi antiguo plan para obtener medicinas recetadas

6. ¿Alguna vez su antiguo plan pagó por una receta que surtió usted en una farmacia?

☐ Sí
☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 8

7. ¿Con qué frecuencia fue fácil usar su antiguo plan para pagar por una receta que usted surtió en una farmacia?

☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
☐ No usé mi antiguo plan para pagar por una receta que surtió en una farmacia

8. ¿Alguna vez usó su antiguo plan para que le surtieran alguna receta por correo?

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 10

9. ¿Con qué frecuencia fue fácil usar su antiguo plan para que le surtieran recetas por correo?

☐ Nunca

☐ A veces

☐ La mayoría de las veces

☐ Siempre

☐ No usé mi antiguo plan para que me surtieran una receta por correo

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

☐ 0 Peor plan de medicinas recetadas posible

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10 Mejor plan de medicinas recetadas posible

RAZONES POR LAS QUE DEJÓ SU ANTIGUO PLAN DE MEDICINAS RECETADAS

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

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

☐ Sí

☐ No

12. ¿Dejó su antiguo plan porque aumentó la cantidad de dinero que tenía que pagar (el copago) cada vez que le surtían una receta?

☐ Sí

☐ No

☐ No tuve que pagar por mis medicinas recetadas

13. ¿Dejó su antiguo plan porque encontró un plan con una cantidad de dinero que tenía que pagar (el copago) más baja para medicinas recetadas?

☐ Sí

☐ No

14. Algunas personas tienen que pagarle a su plan de medicinas recetadas una prima mensual (una cuota) de su propio bolsillo, por tener cobertura de medicinas recetadas.

¿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

15. ¿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

16. Los planes de medicinas recetadas tienen una lista de medicinas recetadas que cubren. ¿Dejó su antiguo plan porque cambiaron la lista de medicinas recetadas que cubren?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

19. ¿Dejó su antiguo plan porque el plan se negó a pagar una medicina que su doctor le había recetado?

- ☐ Sí
- ☐ No

20. ¿Dejó su antiguo plan porque tuvo dificultades para conseguir las medicinas que su doctor le había recetado?

- ☐ Sí
- ☐ No

21. ¿Dejó su antiguo plan porque era difícil conseguir medicinas de marca?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No traté de conseguir medicinas de marca a través de mi antiguo plan

22. ¿Dejó su antiguo plan porque estaba insatisfecho con el proceso que el plan utilizaba para aprobar las medicinas que su doctor le había recetado?

- ☐ Sí
- ☐ No

23. ¿Dejó su antiguo plan porque no sabía a quién contactar cuando tenía dificultades para que le surtieran o volvieran a surtirle sus recetas?

☐ Sí

☐ No

24. ¿Dejó su antiguo plan porque era difícil obtener información del plan sobre qué medicinas recetadas estaban cubiertas o cuánto podía costar una medicina específica?

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

28. Cada año Medicare evalúa todos los planes de medicinas recetadas y les da una calificación de estrellas.

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

☐ Sí

☐ No

29. ¿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 MEDICINAS RECETADAS

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

34. ¿Dejó su antiguo plan porque usted toma muy pocas medicinas y no necesita un plan de medicinas recetadas?

- ☐ Sí
☐ No

ACERCA DE USTED

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

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

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

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

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

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

38. 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 40

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

- ☐ Sí
☐ No

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

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

41. ¿Esta medicina es para tratar una enfermedad que ha durado por lo menos 3 meses?

- ☐ Sí
☐ No

42. ¿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"/> |

43. ¿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

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

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

45. ¿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

46. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

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

47. ¿Le ayudó alguien a completar la encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 49

48. ¿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):
-

49. ¿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