

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05
Baltimore, Maryland 21244-1850



<<name>>

<<finder>>

<<address1>>

<<address2>>

<<city>>, <<state>> <<zip>>

Estimado miembro de Medicare:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), son una agencia federal que administra el programa de Medicare y nuestra responsabilidad es asegurarnos de que usted obtenga atención médica de calidad a un precio razonable. Una de las formas en que podemos cumplir con esa responsabilidad es enterándonos directamente a través de usted de la atención que recibió de su **antiguo plan de salud de Medicare**.

CMS está realizando una encuesta para averiguar las razones por las que las personas cambian o cancelan su plan de salud de Medicare. Su nombre fue seleccionado al azar porque según nuestros registros, usted cambió o canceló su plan de salud de Medicare. Le agradeceremos que nos dedique un momento, más o menos unos 18 minutos, para contestar el cuestionario sobre sus experiencias con su **antiguo plan de salud de Medicare**.

Toda la información que proporcione es confidencial y está protegida por la Ley de Privacidad. Esto quiere decir que la información que usted proporcione no se compartirá con nadie excepto con las personas autorizadas de CMS. **No está obligado a participar en la encuesta. Su ayuda es voluntaria, y su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna forma sus beneficios de Medicare.** La información que proporcione nos ayudará a mejorar la calidad de los servicios que recibe. Esta es su oportunidad de ayudarnos a servirle mejor.

Si tiene cualquier pregunta sobre la encuesta, llame directamente al número gratuito de la encuesta al 1-855-400-3657 a cualquier hora entre las 9:00 de la mañana y las 12 de la noche, hora del Este, de lunes a viernes.

Gracias por su ayuda con esta importante encuesta.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "A. Larrick", with a long horizontal line extending to the right.

Amy K. Larrick

Director interino

Beneficio de medicamentos y Grupo de datos C y D de Medicare

Instrucciones para la Encuesta

Esta encuesta es sobre usted y la atención médica que recibió de su antiguo plan de salud. Conteste cada pregunta pensando en usted mismo. 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.

- ◆ Conteste todas las preguntas marcando con una “x” en el cuadrado 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 lea a continuación:



Según los registros de CMS, se hizo el siguiente cambio en su plan de salud de Medicare en [MONTH/YEAR]:

- Su **antiguo** plan de salud de Medicare era:

[CONTRACT NAME] [contrato #: CONTRACT #]

- Su **nuevo** plan o cobertura de Medicare es:

[CONTRACT NAME] [contrato #: CONTRACT NUMBER]

- Por favor responda a las preguntas del cuestionario basándose solamente en sus experiencias con su **antiguo** plan:

[PLAN MARKETING NAME/ contrato #: CONTRACT #]

- Si usted **no** estaba inscrito en [CONTRACT NAME/ NUMBER] recientemente, por favor conteste el cuestionario basándose en sus experiencias con el plan al que usted pertenecía **antes** de inscribirse en su plan actual.

PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA →

■ **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 se cambió a otro plan de Medicare o canceló su plan de Medicare.

1. Nuestros registros indican que usted era miembro de [PLAN_NAME] (número de contrato [CONTRACTID]), pero que ya no pertenece a ese plan. ¿Es correcto?

☐ Sí, me cambié de plan de salud → **Pase a la pregunta 2**

☐ Cambié de plan pero mi antiguo plan no era
[PLAN_NAME] → **Pase a la pregunta 2**

☐ No, no cambié ni cancelé un plan de salud 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 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) 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 sólo en su antiguo plan de salud.

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
5. **¿Alguna vez necesitó información por escrito de su antiguo plan en español?**
- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 7

6. **¿Con qué frecuencia su antiguo plan le dio información por escrito en español?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No necesité información por escrito de mi antiguo plan en español

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

7. **¿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 9
8. **¿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

9. 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.

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
- ☐ No

12. ¿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

13. 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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ 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 que da información sobre la calidad de los planes de salud.

¿Alguna vez ha visto la Calificación de Estrellas Medicare para algún plan de salud?

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la pregunta 29

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

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

28. Durante el año pasado, al tratar de escoger un plan de salud, ¿tomó en cuenta las Calificaciones de Estrellas Medicare?

- ☐ Sí
☐ No

OTRAS RAZONES PARA DEJAR SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

32. ¿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

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

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

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

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

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

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

36. ¿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 38

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

- ☐ Sí
☐ No

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

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 40

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

☐ Sí

☐ No

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

Sí No

a. Un ataque al corazón ☐ ☐

b. Angina o enfermedad de las arterias del corazón ☐ ☐

c. Presión alta o hipertensión ☐ ☐

d. Cáncer, excepto cáncer de la piel ☐ ☐

e. Enfisema, asma o (EPOC) enfermedad pulmonar obstructiva crónica ☐ ☐

f. Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre ☐ ☐

41. ¿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

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

☐ Sí, hispano o latino

☐ No, no soy hispano ni latino

43. ¿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

■

44. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

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

47. _____

45. ¿Le ayudó alguien a completar la encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 47

46. ¿Cómo le ayudó la persona? Marque una 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)
- _____

■

47. ¿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 1920
MANCHESTER CT 06045-9939**

■

**Esta página se ha dejado en blanco
intencionalmente**

**Esta página se ha dejado en blanco
intencionalmente**