



PRIVACY OFFICE

OMB 0938-1113

<<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 **plan de salud de Medicare**.

CMS está realizando una encuesta entre las personas que han cancelado su plan de salud de Medicare para averiguar las razones **por las que las personas cancelan o cambian de planes de salud**. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS porque según nuestros registros, usted canceló **[PLAN_NAME] (Contrato Número [CONTRACTID])** recientemente y se inscribió en **[NEW_PLAN] (Contrato Número [NEW_ID])**. Le agradeceremos que nos dedique un momento, más o menos unos 18 minutos, para contestar el cuestionario. Al contestar las preguntas de la encuesta, por favor piense sobre sus experiencias con **[PLAN_NAME] (Contrato Número [CONTRACTID])**.

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 y CSS, la organización de investigación que nos ayuda en esta encuesta. **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 CSS 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,

Walter Stone
CMS Director de Privacidad

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**. 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.

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

Esta encuesta es sobre 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 en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

- ◆ Conteste todas las preguntas marcando con una “x” en 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.
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta. 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].

Vea el ejemplo a continuación:

EJEMPLO

1. ¿Usa usted actualmente un audífono?

- ☐ Sí
☒ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo lleva usando un audífono?

- ☐ Menos de un año
☐ 1 a 3 años
☐ Más de 3 años
☐ No uso un audífono

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún dolor de cabeza?

- ☐ Sí
☒ No

■

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 salud de Medicare.

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

- ☐ Sí, dejé o me cambié de plan de salud → **Pase a la pregunta 2**
- ☐ Me cambié o cancelé un plan pero no era [PLAN_NAME] → **Pase a la pregunta 2**
- ☐ No, no me cambié de 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 empleador o un sindicato) fue la que cambió de 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 SALUD

Estas preguntas son sobre su experiencia con su antiguo plan de salud. Al contestar el resto de las preguntas de esta encuesta por favor piense solo en su antiguo plan.

3. El servicio al cliente se refiere a la información que usted recibe del personal sobre lo que está cubierto por el plan y cómo hacer uso de éste. ¿Alguna vez trató usted de obtener información o ayuda del servicio al cliente de [PLAN_NAME]?
- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 5
4. ¿Con qué frecuencia el servicio al cliente del 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 del plan

5. ¿Alguna vez necesitó información por escrito del plan en un idioma que no fuera inglés?

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 7

6. ¿Con qué frecuencia el plan le dio información por escrito en un idioma que no fuera inglés?

☐ Nunca

☐ A veces

☐ La mayoría de las veces

☐ Siempre

☐ No necesité información por escrito en un idioma que no fuera inglés

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 del plan?

☐ Sí

☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 9 en la página 5

8. ¿Con qué frecuencia fue fácil obtener la atención médica, pruebas o tratamientos que usted pensó que necesitaba a través del 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 el 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 personas dejan, cancelan, o cambian de plan de salud por diferentes razones. Estas preguntas son sobre las razones que usted pudo haber tenido para dejar, cancelar, o cambiar [PLAN NAME].

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

- ☐ Sí
- ☐ No

11. ¿Dejó el plan porque lo sacaron del plan accidentalmente (o por algún error administrativo o en la documentación?)

- ☐ Sí
- ☐ No

12. Algunos beneficiarios de Medicare tienen que pagarle a su plan de salud una cuota mensual de su propio bolsillo, por tener cobertura médica.

¿Dejó el plan porque la cuota mensual que cobra el plan de salud por darle cobertura médica y aumentó de precio?

- ☐ Sí
- ☐ No

13. ¿Dejó el plan porque dejó de pagar la cuota mensual por cobertura médica?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 15

14. ¿Por qué dejó de pagar la cuota mensual del plan?

- ☐ Dejó de pagar la cuota mensual porque ya no podía pagarla
- ☐ Dejó de pagar la cuota mensual porque no estaba satisfecho con el plan
- ☐ Dejó de pagar la cuota mensual por alguna otra razón

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

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Dejó el plan porque encontró un plan de salud que costaba menos?

- ☐ Sí
- ☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

19. ¿Dejó el plan porque tuvo dificultades para obtener la atención médica, pruebas o tratamientos que necesitaba?

- ☐ Sí
☐ No

20. 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 el plan porque tuvo dificultades para que el plan le pagara una solicitud de reembolso?

- ☐ Sí
☐ No

21. ¿Dejó el plan porque los doctores u otros profesionales médicos que usted quería ver no pertenecían al plan?

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

25. ¿Dejó el plan porque no pudo obtener del plan la información o ayuda que necesitaba?

- ☐ Sí
☐ No

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

- ☐ Sí
☐ No

27. Cada año Medicare evalúa todos los planes de salud de Medicare y le da una calificación de calidad a cada plan. Para referirse a estas calificaciones se habla de Calificación De Estrellas Medicare o Calificación Del Plan. Las calificaciones les dan a los beneficiarios de Medicare una referencia sobre la calidad de los servicios que proporciona un plan.

¿Dejó usted el plan porque obtuvo una baja Calificación De Estrellas Medicare?

- ☐ Sí
☐ No

28. ¿Dejó usted el plan porque encontró otro plan con una Calificación De Estrellas Medicare más alta?

- ☐ Sí
☐ No

29. Durante el año pasado, cuando tomó la decisión de inscribirse en un plan de salud, ¿pensó usted en las Estrellas Medicare o en la calificación que tenía el plan?

- ☐ Sí
☐ No

OTRAS RAZONES PARA DEJAR SU ANTIGUO PLAN DE SALUD

30. ¿Dejó el plan porque un familiar o amigo le dijo que otro plan era mejor?

- ☐ Sí
☐ No

31. ¿Dejó el plan porque vio un comercial o anuncio de un plan de salud que le pareció que le gustaría más?

- ☐ Sí
☐ No

32. ¿Dejó el plan porque encontró otro plan que satisfacía mejor sus necesidades en cuanto a sus medicinas recetadas?

- ☐ Sí
☐ No

33. ¿Dejó el plan porque otro plan ofrecía mejores beneficios o cobertura para algunos tipos de atención, tratamiento o servicios (por ejemplo cuidado dental o cuidado para la vista)?

- ☐ Sí
☐ No

34. ¿Cuál fue la razón más importante para que usted dejara [PLAN_NAME]? (Marque una.)

- ☐ Razones económicas o de costo
☐ Problemas en conseguir la atención médica, pruebas, o tratamiento que necesitaba a través del plan
☐ Problemas de cobertura: el plan no cubría los doctores o los hospitales que usted quería
☐ Se cambió a otro plan que ofrece mejores beneficios o cobertura
☐ Otra razón. (Escriba en letra imprenta.)

SU EXPERIENCIA CON AGENTES DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS, O REPRESENTANTES DE UN PLAN

35. Hay diferentes tipos de personas venden seguros medicos. Un seguro pueden venderlo agentes independientes de seguros o corredores de seguros que no trabajan para un plan de salud O BIEN representantes de un plan que trabajan directamente para ese plan.

¿Alguna vez un agente de seguros, un corredor de seguros, o un representante de un plan lo ha llamado sin que usted lo pidiese, para hablarle sobre seguros médicos o de medicinas recetadas?

- ☐ Sí
☐ No

36. ¿Alguna vez un agente de seguros, un corredor de seguros, o un representante de un plan fue a visitarlo a su casa sin que usted lo pidiese, para hablarle sobre algún seguro médico o de medicinas recetadas?

- ☐ Sí
☐ No

37. ¿Decidió dejar [PLAN_NAME] debido a la información que recibió de un agente de seguros, un corredor de seguros, o un representante de un plan?

- ☐ Sí
☐ No

38. ¿Algún agente de seguros, un corredor de seguros, o un representante de un plan le dio alguna información que no fuera correcta?

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

39. ¿Qué tipo de información no era correcta? (Marque todas las que apliquen.)

- ☐ Lo qué el plan cubría
☐ Lo qué el plan le costaría
☐ Qué doctores pertenecían al plan
☐ Qué farmacias estaban cubiertas por el plan
☐ Qué hospitales estaban cubiertos por el plan
☐ alguna otra información (escriba en letra imprenta)

ACERCA DE USTED

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

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

41. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental?

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

42. En los últimos 12 meses, ¿cuántas medicinas recetadas diferentes le han surtido? (Solo cuente cada medicina una vez.)

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

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

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

44. ¿Se trata de una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

45. ¿Actualmente, necesita o toma alguna medicina recetada por un doctor?

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

47. ¿Alguna vez un doctor le ha dicho que ha tenido alguno de los siguientes padecimientos?

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un ataque al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Angina de pecho o cardiopatía coronaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hipertensión o presión arterial alta | <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 nivel elevado de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. ¿Qué edad tiene?

- ☐ De 18 a 24 años
- ☐ De 25 a 34 años
- ☐ De 35 a 44 años
- ☐ De 45 a 54 años
- ☐ De 55 a 64 años
- ☐ De 65 a 74 años
- ☐ De 75 a 79 años
- ☐ De 80 a 84 años
- ☐ 85 años o mayor

49. ¿Es usted hombre o mujer?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

50. ¿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

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

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

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

- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico
- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska

53. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

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

54. ¿Le ayudó alguien a completar la encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó No, pase a la Pregunta 56

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

- ☐ Me leyó las preguntas
 - ☐ Anotó 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)
-

56. El programa de Medicare está tratando de obtener más información sobre la atención o servicios de salud proporcionados a las personas con Medicare. ¿Podemos volverlo a contactar 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**

This page intentionally left blank.

This page intentionally left blank.