

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
DM. DISCOUNT/SAVINGS MEMBERSHIP

DM1INT.

Ahora quisiera preguntarle acerca de otro tipo de cobertura de cuidado de salud que usted informó durante la última entrevista.

DM1.

Durante la última entrevista, anotamos que usted tenía (DISCOUNT MEMBERSHIP NAME), una tarjeta o era miembro de un programa de descuento o ahorro que cubrió, [READ SERVICES BELOW]. ¿Tuvo la tarjeta o fue miembro del programa de descuento o ahorro (DISCOUNT MEMBERSHIP NAME) en algún momento desde (REFERENCE DATE)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Tener una tarjeta o ser miembro de un programa de descuento o ahorro le ayuda a las personas a conseguir un descuento en los servicios no cubiertos por los planes de salud de Medicare, tales como servicio dental, de la vista, ayudas auditivas, o algunas medicinas recetadas.]

DM2INTRO.

Quisiera preguntarle acerca de (un/otro) tipo de cobertura de servicios de salud que algunas personas tienen.

DM2.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿tuvo (una/alguna otra) tarjeta o fue miembro de un programa de descuento o ahorro de cuidado de salud que ofreciera descuento en las compras de medicinas recetadas u otros servicios de salud (, además de [READ NAMES OF DISCOUNT MEMBERSHIP BELOW])?

No incluya ningún programa de descuento para recetas médicas administrado por el estado, [descuentos disponibles a través de su(s) plan(es) de seguro(s) de salud o plan de seguro de Medicare, o

/descuentos disponibles a través de su plan de seguro de salud de Medicare/plan(es) de seguro(s) de salud, o

/descuentos disponibles a través de su plan de seguro de salud de Medicare,

Además, no incluya descuentos que ofrecen algunas farmacias en todos sus artículos o para artículos no relacionados con salud.

[EXPLAIN IF NECESSARY: Una tarjeta o un programa de descuento o ahorro no es un seguro de salud. Tener una tarjeta o ser miembro de un programa de descuento o ahorro le ayuda a las personas a conseguir un descuento en los servicios no cubiertos por los planes de salud de Medicare, tales como servicio dental, de la vista, ayudas auditivas, o algunas medicinas recetadas.]

DM3.

¿Cuál es el nombre del programa de descuentos o ahorros del que usted es miembro o tiene cobertura? Si usted tiene una tarjeta u otro documento que tenga el nombre, sería útil para mí anotar el nombre de ahí.

DM4.

¿Qué tipo de servicios están cubiertos por su programa de descuentos o ahorros del que usted es miembro o tiene cobertura de (DISCOUNT MEMBERSHIP NAME)?

MEDICINAS RECETADAS.....	1
OPTICA/SERVICIO DE LA VISTA/VISIÓN	2
DENTAL/PERIODONCIA/DENTADURA POSTIZA/ORTODONCIA	3
AYUDA AUDITIVA/AUDÍFONOS	4
SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR/EQUIPO/ARTÍCULOS DE SALUD	5
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES/VITAMINAS	6
SERVICIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA	7
GASTOS DE HOSPITAL.....	8
ARTÍCULOS O SERVICIOS NO MÉDICOS.....	9
OTRO (ESPECIFIQUE).....	91

DM5

¿(Hay/Hubo) alguna cuota o cobro por ser miembro o por la cobertura del programa de ahorros o descuentos (DISCOUNT MEMBERSHIP NAME)? Esto incluiría cualquier cuota de inscripción o una cantidad como prima para obtener la tarjeta de miembro.

DM6.

¿Cuál es la cuota o el cobro?

DM7.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿tuvo usted alguna otra tarjeta o fue miembro de algún otro programa de descuento o ahorro además de [READ NAMES OF DISCOUNT MEMBERSHIPS BELOW]?