

MCBS MAIN STUDY – ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
HI & HIS. HEALTH INSURANCE

HISINTRO.

Ahora me gustaría revisar con usted la información que tenemos sobre los planes de seguro de salud que usted tenía en el momento la última entrevista.

HIS1.

Veamos si hay algún otro cambio que necesitemos hacer a la cobertura del seguro de salud que usted tenía EN (REFERENCE DATE).

Usted tenía cobertura de Medicare (a través de un plan de cuidado administrado) y también estaba cubierto(a) por [READ PLAN NAMES BELOW]. ¿Es correcto eso?

La única cobertura de seguro de salud que usted tenía era Medicare (a través de un plan de cuidado administrado) en (REFERENCE DATE). ¿Es correcto eso?

HIS2.

¿Cuál es el nombre del plan que es necesario suprimir?

HIS2B

¿Cuál es el nombre del plan que es incorrecto?

HIS3.

¿Qué tipo de seguro de salud necesita ser añadido?

- MEDICAID/PLAN DE CUIDADO ADMINSTRADO DE MEDICAID 1
- PLAN PÚBLICO DISTINTO A MEDICAID 2
- PLAN DE SEGURO DE SALUD PRIVADO 3
- PLAN MEDICARE ADVANTAGE 4
- TRICARE 5
- PLAN MEDICARE DE RECETAS MÉDICAS 6

HI4

Algunas personas reciben sus beneficios de Medicaid de planes que tienen nombres como los anotados en esta tarjeta.

HI5INTRO.

Medicaid (, conocido también como [READ FROM ABOVE],) es un programa del estado para personas de bajos ingresos o para personas que están recibiendo asistencia pública.

Algunas veces las personas con demasiados gastos médicos también están cubiertas por Medicaid. Las personas que están cubiertas por Medicaid generalmente tienen una tarjeta que se parece ésta.

HI5INTRB.

Algunas personas reciben sus beneficios de Medicaid de planes que tienen nombres como aquellos anotados en esta tarjeta.

HI5.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por Medicaid?

HIS6.

¿Estuvo cubierto(a) usted por Medicaid todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

HI6.

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por Medicaid, conocido también como (READ FROM ABOVE).

¿Estuvo cubierto(a) usted por Medicaid todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy o sólo parte del tiempo?

HIS7.

¿Estaba cubierto(a) usted por Medicaid en (REFERENCE DATE)?

HI7.

¿Está cubierto(a) usted ahora por Medicaid?

HIS8.

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) comenzó su plan Medicaid?

HI8.

¿En qué fecha entre (REFERENCE DATE) y hoy comenzó su Medicaid?

HIS9.

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

HI9.

¿En que fecha desde (REFERENCE DATE) terminó (más recientemente/la última vez) su cobertura de Medicaid?

HIS10A.

Algunos estados usan ahora planes de cuidado administrado, tales como HMOs (Organizaciones de Mantenimiento de Salud) para proporcionar parte o todo el cuidado de salud a los beneficiarios de Medicaid. ¿Estaba usted inscrito(a) en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid en (REFERENCE DATE/PLAN COVERAGE STOP DATE)/la fecha en que terminó su cobertura de Medicaid?

HI10A.

Algunos estados usan ahora planes de cuidado administrado, tales como HMOs (Organizaciones de Mantenimiento de Salud) para proporcionar parte o todo el cuidado de salud a los beneficiarios de Medicaid.

En el momento de la última entrevista usted estaba inscrito(a) en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid.

¿(Está inscrito(a) ahora/Estaba inscrito(a)) usted en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid (en la fecha en que terminó su cobertura de Medicaid)?

HIS10B.

Según lo que usted recuerda, ¿le dieron a usted la opción de inscribirse en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid, o tuvo que inscribirse para recibir los beneficios de Medicaid?

HI10B.

Según lo que usted recuerda, ¿le dieron a usted la opción de inscribirse en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid, o tuvo que inscribirse para recibir los beneficios de Medicaid?

HIS10B1.

Algunas personas que reciben beneficios de Medicaid también están inscritas en un plan de Medicare para Recetas Médicas o plan Parte D de Medicare, que paga por algunas o todas sus medicinas recetadas. El programa Medicare automáticamente inscribe a tales beneficiarios en un plan para Recetas Médicas de Medicare, aunque el beneficiario puede escoger cambiarse a un plan diferente.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿estaba usted inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubrió medicinas recetadas por un médico?

HIS10C.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿cubría su plan de Medicaid medicinas recetadas por un médico?

HI10C.

¿Por qué usted ya no recibe sus beneficios de Medicaid a través de un Plan de Cuidado Administrado?

HI10C1.

Algunas personas que reciben beneficios de Medicaid también están inscritas en un plan de Medicare para Recetas Médicas o plan Parte D de Medicare, que paga por algunas o todas sus medicinas recetadas. El programa Medicare automáticamente inscribe a tales beneficiarios en un plan para Recetas Médicas de Medicare, aunque el beneficiario puede escoger cambiarse a un plan de medicinas diferente.

En algún momento, desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubre medicinas recetadas por un médico?

HI10C2.

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) por o inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas?

HI10C3.

¿Cuál es el nombre del plan de Medicare para Recetas Médicas que actualmente le cubre a usted?

HI10C4.

Desde el (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya los planes de Medicare para Recetas Médicas en que usted fue automáticamente inscrito(a) a través de Medicaid así como también los planes en que usted se inscribió por su cuenta.]

HI10C5.

Por favor dígame el nombre (del otro plan/de todos los planes) de Medicare para Recetas Médicas en que usted ha estado inscrito(a) desde el (REFERENCE DATE) además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN).

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya los planes de Medicare para Recetas Médicas en que usted fue automáticamente inscrito(a) a través de Medicaid así como también los planes en que usted se inscribió por su cuenta.]

HI10D.

¿(Cubre/Cubría) su plan de Medicaid medicinas recetadas por un médico?

HI11PREV.

La siguientes preguntas son acerca de los planes públicos por los que usted ha estado cubierto(a) desde (REFERENCE DATE).

HI11.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún programa público distinto a Medicaid que pague por cuidado médico [por ejemplo, un programa público que pague por medicinas recetadas/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM), un programa público que pague por medicinas recetadas/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM1) o (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM2)/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM1), (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM2), o (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM3), programas públicos que paguen por medicinas recetadas]?

HIS12.

¿Cuál es el nombre del programa público que le cubría a usted?

HI12

¿Cuál es el nombre de cada uno de los programas públicos distintos a Medicaid que le cubría a usted?

HIS13.

¿Estuvo cubierto(a) usted por (PUBLIC PLAN NAME) todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

HI13.

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (PUBLIC PLAN NAME).

¿Estuvo usted cubierto(a) por (PUBLIC PLAN NAME) todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy, o sólo parte del tiempo?

HIS14.

¿Estaba cubierto(a) usted por (PUBLIC PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

HI14.

¿Está cubierto(a) usted ahora por (PUBLIC PLAN NAME)?

HIS15.

¿En qué fecha comenzó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

HI15.

¿En qué fecha comenzó su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

HIS16.

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME)?

HI16.

¿En que fecha desde (REFERENCE DATE) terminó (más recientemente/la última vez) su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME)?

HIS16A.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿cubría su plan (PUBLIC PLAN ANME) medicinas recetadas por un médico?

HI16A.

¿(Cubre/Cubría) su plan (PUBLIC PLAN NAME) medicinas recetadas por un médico?

HI16AB.

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME).

¿Está cubierto(a) ahora por (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

HI16AC.

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura a través de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

HI16AD.

Desde el (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME CURRENT LAST ROUND)?

HI16B.

Los beneficiarios de Medicare pueden recibir cobertura de seguro para medicinas recetadas a través de los planes de Medicare para Recetas Médicas. Estos planes también son llamados planes "Parte D de Medicare".

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubría medicinas recetadas por un médico?

HI16B1.

Usted mencionó que no ha estado inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas asociado con su cobertura de Medicaid.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas de alguna otra manera que no sea a través de Medicaid?

HI16C.

Está usted (actualmente) cubierto(a) por o inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas?

HI16E.

¿Cuál es el nombre del Plan de Medicare para Recetas Médicas que le cubre a usted actualmente?

HI16F.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

HI16G.

Además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) ¿qué otro/

Además de (PREVIOUS ROUND PRESCRIPTION DRUG PLAN, ¿qué otro/

¿Qué otro/

plan de Medicare para Recetas Médicas cubrió sus medicinas desde (REFERENCE DATE)?

HI17PREV.

Las siguientes preguntas son acerca de los planes privados por los que usted ha estado cubierto(a) desde (REFERENCE DATE).

HI17.

Hemos hablado acerca de : [READ PLAN(S) LISTED ABOVE].

Ahora, quisiera preguntarle acerca de otros tipos de seguro de salud.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún (otro) seguro de salud privado, o plan de cuidado administrado privado?

Por “privado” quiero decir un plan suplementario o Medigap, o un plan que sea proporcionado por un empleador anterior o actual. Tales planes cubren los costos de hospital o visitas a médicos, medicinas recetadas o cuidado dental.

HI19.

Algunas personas que son elegibles para Medicare tienen cobertura adicional a través de una compañía privada de seguros. Algunas veces se hace referencia a esto como a Medigap o Medicare Suplementario. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿tuvo usted este tipo de cobertura de seguro de salud?

HIS20.

¿Cuál es el nombre de cada uno de los (otros) planes privados que le proporcionaron su cobertura de seguro médico entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

HI20.

¿Cuál es el nombre de cada uno de los (otros) planes privados que le (proporcionan/ proporcionaron) su cobertura de seguro médico?

HIS21.

¿Estuvo cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

HI21.

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (PRIVATE PLAN NAME).

¿Estuvo cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy o sólo parte del tiempo?

HIS22.

¿Estaba cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

HI22.

¿Está cubierto(a) usted ahora por (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS23.

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

HI23.

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

HI23A.

¿Cuál es la razón más importante por la cual usted decidió tener cobertura a través de (PRIVATE PLAN NAME)?

COSTOS MÁS BAJOS.....	1
PARA CONSEGUIR COBERTURA PARA MEDICINAS	2
PARA CONSEGUIR BENEFICIOS DE COBERTURA DISTINTOS A MEDICINAS	3
MÉDICO ES MIEMBRO DE ESE PLAN.....	4
EMPLEADOR ACTUAL/ANTERIOR DE SP PAGA LA PRIMA	5
EMPLEADOR ACTUAL/ANTERIOR DE SU ESPOSA(O) PAGA LA PRIMA	6
NOMBRE DEL PLAN ANTERIOR CAMBIÓ O FUE COMPRADO/SE UNIÓ A SU PLAN ACTUAL DE MEDICARE	7
MEJOR SELECCIÓN DE PROVEEDORES O DE LA CALIDAD DEL CUIDADO.....	8
RECOMENDACIÓN O REPUTACIÓN.....	9
SP QUERÍA TENER OPCIONES DE MÉDICOS.....	10
OTRO (ESPECIFIQUE) _____.	91

HIS24.

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

HI24.

¿En qué fecha desde (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS25.

¿Era este un plan de cuidado administrado, tal como un HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) o PPO (Organización de Proveedores Preferidos)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado generalmente proveen una variedad completa de servicios de salud por una cuota prepagada. El cuidado de salud generalmente es proporcionado por médicos de cuidado primario, especialistas, u hospitales que están en la lista de su plan (red) excepto en casos de emergencia.]

HI25

¿(Es/Era) éste un plan de cuidado administrado, tal como un HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) o PPO (Organización de Proveedores Preferidos)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado generalmente proveen una variedad completa de servicios de salud por una cuota prepagada. El cuidado de salud generalmente es proporcionado por médicos de cuidado primario, especialistas, u hospitales que están en la lista de su plan (red) excepto en casos de emergencia.]

HIS26.

¿Quién estaba anotado como la persona principal asegurada en la póliza o contrato de (PRIVATE PLAN NAME)?

HI26.

¿Quién (está/estaba) anotado como la persona principal asegurada en la póliza o contrato de (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS27.

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó (usted/MIP) directamente con (la compañía de seguro/el plan de cuidado administrado), o (usted/MIP) obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de familia, AARP, o de alguna otra manera?

HI27.

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó (usted/MIP) directamente, o (usted/MIP) obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de la familia, AARP, o de alguna otra manera?

HIS29.

¿Cuántos miembros de la familia, incluyéndose usted mismo(a), estaban cubiertos por el plan (PRIVATE PLAN NAME) (suyo/de MIP) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

HI29.

¿Cuántos miembros de la familia, incluyéndose usted mismo(a), (están/estaban) cubiertos por el plan (PRIVATE PLAN NAME) (suyo/de MIP)?

HI30.

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como medicinas recetadas o cobertura dental. Quisiera saber qué (incluye/incluía) (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME).

[PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted (tiene/tenía) personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

¿(Cubre/Cubría) medicinas recetadas (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS31A.

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como medicinas recetadas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE).

[PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

- | | | |
|---|---|---|
| a. medicinas recetadas | 1 | 2 |
| b. visitas a médicos o trabajos de laboratorio? | 1 | 2 |
| c. cuidado de paciente interno en un hospital? | 1 | 2 |
| d. hogar de ancianos/"Nursing Home" o cuidado de largo plazo? | 1 | 2 |
| e. cuidado dental?..... | 1 | 2 |

HI31A.

¿(Cubre/Cubría) (su plan/el plan de MIP) (PRIVATE PLAN NAME)...

[PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tiene/tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

- b. visitas a médicos o trabajos de laboratorio?..... 1 2
- c. cuidado de paciente interno en un hospital? 1 2
- d. hogar de ancianos/"Nursing Home" o cuidado de largo plazo? 1 2
- e. cuidado dental?..... 1 2

HIS32.

¿Hubo una prima o costo por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)?

[No incluya el costo de ningún deducible que usted o su familia haya tenido que pagar.]

HI32.

¿(Paga/Pagó) (usted/MIP) alguna parte o toda la prima o costos de la cobertura del (PRIVATE PLAN NAME)?

No incluya el costo de ningún deducible que (usted/MIP) o (su familia/la familia de MIP) (tenga que/haya tenido que) pagar.

HIS33.

¿Cuánto pagó (usted/MIP) por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)?

[Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona.]

[PROBE IF NECESSARY: ¿Fue eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

HI33.

¿Cuánto (paga/pagó) (usted/MIP) por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)?

[Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona aparte de usted.]

[PROBE IF NECESSARY: ¿(Es/Era) eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

HIS33A.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿pagó alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión o una organización profesional toda o parte de la prima o costos de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

HI33A.

¿(Paga/Pagó) alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción de la prima o del costo de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS33B.

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

HI33B.

¿Quién más (paga/pagó) todo o alguna porción del costo de la póliza de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

HIS33C.

Algunos planes de cuidado administrado ofrecen una opción de “punto de servicio” que le permite a los miembros recibir servicios de un proveedor que no es del plan aún si la situación no es de emergencia.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿estuvo inscrito usted en una opción de “punto de servicio” ofrecido por (PRIVATE PLAN NAME)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: En una opción de punto de servicio, el miembro típicamente paga un copago más alto cuando ve un proveedor que está fuera del plan. Por ejemplo, si un miembro ve un proveedor del plan, posiblemente tenga que pagar un copago de \$ 10 solamente. Sin embargo, para recibir el mismo servicio de un proveedor fuera del plan, el miembro posiblemente tendrá que pagar el 20 por ciento del costo y el plan pagará 80 por ciento del costo por recibir el mismo servicio de un proveedor fuera del plan.]

HI33C.

Algunos planes de cuidado administrado ofrecen una opción llamada "punto de servicio" la cual le permite a los miembros recibir servicios de proveedores que no son del plan aún en situaciones que no son de emergencia.

¿(Está/Estaba) usted inscrito(a) en una opción de “punto de servicio” ofrecido por (PRIVATE PLAN NAME)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: En una opción de punto de servicio, el miembro típicamente paga un copago más alto cuando ve un proveedor que no es del plan. Por ejemplo, si un miembro ve un proveedor del plan, posiblemente tenga que pagar un copago de \$10 solamente. Sin embargo, el miembro posiblemente tendrá que pagar el 20 por ciento del costo y el plan de cuidado administrado pagará 80 por ciento del costo para recibir el mismo servicio de un proveedor que no es del plan.]

HIS34.

¿Cuál es el nombre del plan de Medicare para Recetas Médicas que le cubría a usted?

HI34.

Aparte de los planes de los que usted ya me ha hablado, ¿tiene usted algún seguro que pague **solamente por un hogar de ancianos/”Nursing Home”** u otro lugar que provea cuidado de largo plazo?

HIS35

¿Estaba usted cubierto(a) o inscrito(a) en (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

HI35.

Hemos hablado acerca de [READ PLAN(S) LISTED ABOVE].

¿Tiene usted cobertura médica bajo algún (otro) plan de seguro privado del que no hayamos hablado?

HIS36.

Anteriormente anoté que (PREVIOUS ROUND MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME) era su Plan Medicare para Recetas Médicas actual en (REFERENCE DATE). ¿Ha cambiado esta información?

HI36.

Tenemos anotado que usted sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado de salud, servicios de cuidado de salud o medicinas recetadas a través del Departamento de Asuntos de Veteranos, AV?

HIS37.

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

MUY CARO O NO LO PODIA PAGAR.....	1
SP INSATISFECHO(A) CON LACOBERTURA DEL PLAN.....	2
PARA CONSEGUIR COBERTURA DE MEDICINAS EN OTRO PLAN.....	3
PARA CONSEGUIR COBERTURA DE SALUD DIFERENTE	4
PLAN YA NO TIENE CONTRATO CON MEDICARE PARA COBERTURA DE MEDICINAS	5
NOMBRE DEL PLAN CAMBIO O EL PLAN FUE COMPRADO POR/SE UNIO A OTRO PLAN.....	6
SP SE MUDO DEL AREA DEL PLAN	7
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	91

HISCLOSE.

Eso cubre el seguro de salud que usted tenía en el momento de la última entrevista. Las siguientes preguntas son acerca de su cobertura de seguro entre (REFERENCE DATE) y hoy.