

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009  
COMMUNITY COMPONENT  
HISMIC & HIMC. HEALTH INSURANCE – MANAGED CARE

HIMCINTR.

Las siguientes preguntas son acerca de seguros de salud. Es importante comprender cómo los beneficiarios cubren sus costos de cuidado médico, tales como las visitas a los médicos, medicinas recetadas, estadías en el hospital y otro cuidado de salud. Como usted sabe, hay muchas maneras en que los beneficiarios de Medicare reciben los beneficios de seguros de salud. En esta tarjeta están los tipos de seguro de salud de los cuales le estaré preguntando. Puede consultar esta tarjeta mientras hablamos acerca de su seguro de salud.

HISMIC1.

¿Cuál es el nombre del Plan Advantage de Medicare que le cubría a usted?

HIMC1.

Como posiblemente usted sepa, Medicare le permite a los beneficiarios de ciertas partes del país inscribirse en planes Medicare Advantage, tales como HMOs (Organización de Mantenimiento de la Salud), y PPO (Organización de Proveedores Preferidos), para recibir su cuidado de salud cubierto por Medicare.

Por favor mire esta tarjeta. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en o cubierto(a) por (uno de estos/algún) plan Medicare Advantage?

HIMC1A.

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

¿Está usted cubierto(a) ahora por (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC1B1.

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió la cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

MUY CARO O NO LO PODÍA PAGAR.....	1
SP INSATISFECHO(A) CON LA CALIDAD DEL CUIDADO.....	2
PARA CONSEGUIR COBERTURA DE MEDICINAS EN OTRO PLAN.....	3
PARA CONSEGUIR BENEFICIOS DE COBERTURA <u>DISTINTOS A MEDICINAS</u> .....	4
PLAN SE ACABO/DEJÓ DE DAR COBERTURA A MEDICARE .....	5
NOMBRE DEL PLAN ANTERIOR CAMBIÓ O EL PLAN FUE COMPRADO POR/SE UNIÓ A OTRO PLAN .....	6
MÉDICO DEJÓ EL PLAN/MURIÓ/SE RETIRÓ .....	7
DIFICULTAD PARA HACER CITAS O PARA VER PROVEEDORES EN PARTICULAR.....	8
SP SE MUDÓ DEL ÁREA DEL PLAN .....	9
A SP NO LE GUSTABA LA SELECCION DE MÉDICOS ....	10
SP QUERÍA UNA SELECCIÓN DE MÉDICOS .....	11
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	91

HIMC1C.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado cubierto(a) usted por algún otro plan Medicare Advantage además de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN)?

HISMC2.

¿Estaba usted cubierto(a) por o inscrito(a) en (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

HISMC3.

Anteriormente anoté que (PREVIOUS ROUND CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su Plan Medicare Advantage en (REFERENCE DATE). ¿Ha cambiado esta información?

HIMC3.

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) por o inscrito(a) en un plan Medicare Advantage?

HISMC4.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿tenía usted cobertura para medicinas recetadas a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

[PROBE: Le estoy preguntando sobre el tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que el plan le ofrece a todos.]

HISMC5.

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿tuvo usted cobertura dental a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC5.

¿Cuál es el nombre del plan Medicare Advantage que le cubre a usted actualmente?

HISMC6.

¿Tenía usted cobertura óptica a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), es decir, para (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto?

HIMC6.

¿Tiene usted cobertura para medicinas recetadas a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

[PROBE: Le estoy preguntando sobre el tipo de cobertura de seguro que usted tiene personalmente, no lo que el plan le ofrece a todos.]

HISMC7.

¿Tenía usted cobertura para cuidado preventivo tal como exámenes físicos anuales de rutina a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC7.

¿Tiene usted cobertura dental a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HISMC8.

¿Incluía la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) cuidado en un hogar de ancianos/"Nursing Home" sobre y más allá de lo que Medicare cubre normalmente?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Bajo el costo por servicio regular, Medicare limita el pago de instituciones de cuidado con enfermeras capacitadas ("SNF") durante un período de beneficio. Los primeros 20 días se pagan completos y en los siguientes 80 días se requiere un copago, el cual fue de \$133.50 al día el 2009. ]

HIMC8.

¿Tiene usted cobertura óptica a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), es decir, para (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto?

HISMC9.

Además del costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿hubo algún costo adicional por su cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ninguna cantidad que usted haya pagado como copago por una visita al médico o por una medicina recetada.

[EXPLAIN IF NECESSARY: Algunos planes de cuidado administrado posiblemente cobren una prima mensual para cubrir los costos de los deducibles y coseguro de los servicios cubiertos por Medicare o porque ellos proveen servicios que no están cubiertos por Medicare tal como medicinas recetadas, exámenes de rutina, servicio dental, de la vista o audición. Los planes que tienen primas típicamente cobran desde \$50 hasta \$75 al mes.]

HIMC9.

¿Tiene usted cobertura para cuidado preventivo tal como exámenes físicos anuales de rutina a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HISMC10.

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál fue la cantidad adicional que usted pagó por la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

[Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad que haya sido pagada por otra persona que no haya sido usted.]

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

HIMC10.

¿Incluye su cobertura de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) cuidado en un hogar de ancianos/"Nursing Home" por sobre y más allá de lo que Medicare cubre normalmente?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Bajo el "pago por servicio" regular, Medicare limita el pago de instituciones de cuidado con enfermeras capacitadas ("SNF") durante un período de beneficio. El 2009, los primeros 20 días se pagan completos y en los siguientes 80 días se requiere un deducible de hasta \$133.50 al día.]

HISMC11.

¿Pagó alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción del costo adicional de su cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC11.

Además del costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿(hay/hubo) algún costo adicional por su cobertura de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ninguna cantidad que usted haya pagado como copago por una visita o por una medicina recetada.

[EXPLAIN IF NECESSARY: Algunos planes de cuidado administrado posiblemente cobren una prima mensual para cubrir los costos de los deducibles y coseguro de los servicios cubiertos por Medicare o porque ellos proveen servicios que no están cubiertos por Medicare tales como medicinas recetadas, exámenes de rutina, servicio dental, de la vista o audición. Los planes que tienen primas típicamente cobran desde \$50 hasta \$75 al mes.]

HISMC12.

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo adicional de su cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC12.

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál (es/era) la cantidad adicional que usted paga por la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

[Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad (que pueda ser/que haya sido) pagada por alguna otra persona que no sea usted.]

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

HIMC12A.

¿(Paga/Pagó) alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción del costo adicional de la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC12B.

¿Quién más (paga/pagó) por todo o alguna porción del costo adicional de la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

HIMC16.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado cubierto(a) por algún otro plan Medicare Advantage además de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME y MEDICARE MANAGED CARE PLAN)?

HIMC17.

[Además de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN y MEDICARE MANAGED CARE PLAN),  
¿qué otro/¿Qué] plan Medicare Advantage le proporcionó cuidado de salud a usted desde  
(REFERENCE DATE)?

HIMC19.

¿Le recomendaría (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) a su familia o  
amigos?

HIMC24.

¿Cuántos años ha estado usted inscrito(a) en un plan de cuidado administrado?