

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
CPS. CHARGE PAYMENT SUMMARY

CPS1.

A continuación, le preguntaré sobre algún cuidado médico del cual hablamos en una entrevista anterior.

THERE ARE (TOTAL NUMBER OF CPS EVENTS) EVENTS OR BUNDLES (REMAINING) FOR SUMMARY.

(Primero/A continuación), quiero preguntarle sobre (el/la/los/las) [READ (EVENT(S) ABOVE)].

CPS2.

En la última entrevista, usted estaba esperando recibir un estado de cuenta o papel de (Medicare, Seguro y TRICARE/Medicare y TRICARE/Medicare y Seguro/Medicare).

¿Ha recibido usted un estado de cuenta por (el/la/los/las) (READ EVENT(S) ABOVE) (desde entonces/desde la última entrevista)?

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier estado de cuenta que haya recibido acerca de su beneficio de recetas médicas de Medicare.

ESTADO DE CUENTA RECIBIDO Y DISPONIBLE	1
ESTADO DE CUENTA RECIBIDO, NO DISPONIBLE	2
ESTADO DE CUENTA NO RECIBIDO.....	3

CPS3.

¿Sabe cuál fue (el cobro total/la cantidad del copago) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE]?

CPS4.

Incluyendo cualquier cantidad que pueda ser pagada por Medicare o alguna otra persona, ¿cuál fue el cobro total (es decir, la cantidad cobrada)?

CPS5.

¿Cuál fue la cantidad del copago para (el/la) [READ EVENT(S) ABOVE].

[EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado comúnmente cobran una cantidad fija, o copago, por los servicios de salud que proporcionan. Por ejemplo, la persona posiblemente pague \$ 10 por cada visita al consultorio de un médico y \$ 5 por cada medicina recetada.]

CPS6.

Por el [READ OME ITEM ABOVE], ¿cuántos meses están cubiertos por el cobro para el período entre (CHARGE BUNDLE REFERENCE PERIOD)?

CPS7.

¿Cuántas de las veces que usted obtuvo (MEDICINE NAME/OME ITEM TYPE) para el período entre (CHARGE BUNDLE REFERENCE PERIOD)

estaban cubiertas por el cobro total

/estuvieron cubiertos por los (CPS4 - TOTAL CHARGE)

/no hubo cobro

/estaban cubiertos por el copago

/estaban cubiertos por los (CPS5 - COPAYMENT)

/no hubo copago?

CPS8.

¿Cuántos de los [READ EVENT ABOVE]

/estaban cubiertos por el cobro total

/estuvieron cubiertos por los (CPS4 - TOTAL CHARGE)

/no hubo cobro

/estaban cubiertos por el copago

/estaban cubiertos por los (CPS5 - COPAYMENT)

/no hubo copago]?

CPS9.

La última vez, anotamos que (el cobro total/la cantidad del copago) por (el/la/los/las) [READ EVENTS ABOVE] fue (TOTAL CHARGE), y que no se había hecho ningún pago.

¿Ha pagado ahora usted o alguna otra fuente, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), parte (del cobro total/de la cantidad del copago/estos (TOTAL CHARGE)?

CPS11.

La última vez, anotamos que Medicare había pagado (nada/MEDICARE PAYMENT AMOUNT) y después que Medicare pagó había una cantidad restante de (AMOUNT REMAINING) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE.]

¿Ha pagado ahora usted o alguna otra fuente, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] algo de estos (AMOUNT REMAINING)?

CPS13.

Déjeme revisar lo que anotamos la última vez.

[REVIEW WITH RESPONDENT.]

El total de todos los pagos es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND TOTAL CHARGE).

¿Ha pagado usted o alguna otra fuente tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), alguna cantidad adicional?

CPS15.

Déjeme revisar lo que anotamos la última vez.

[REVIEW ABOVE WITH RESPONDENT.]

Parece haber una cantidad que todavía no se ha pagado. El total de los pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS).

La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND AMOUNT REMAINING).

¿Ha pagado usted o alguna otra fuente [, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] alguna cantidad adicional?

CPS17.

¿Espera que usted o alguna otra fuente pague (algo de esta cantidad/alguna cantidad adicional) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE.]?

CPS18.

¿Cuánto espera usted que se pague?

CPS19.

La última vez, usted

(esperaba que alguna fuente le reembolsara

/no estaba seguro(a) si alguna fuente le reembolsaría)

parte o el total de los (SP/FAMILY PAYMENT AMOUNT) que usted había pagado por [READ EVENT(S) ABOVE.]

CPS20.

¿Le ha reembolsado alguna fuente [, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] algo de esa cantidad?

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier pago que haya recibido de su beneficio de recetas médicas de Medicare.]

CPS21.

¿Espera todavía que alguna fuente le reembolse alguna cantidad por [READ EVENT(S) ABOVE]?

CPS22.

¿Cuánto espera usted que se pague?

CPS27.

¿Quién (más) pagó (además de Medicare)?

¿Cuánto pagó (SOURCE)?

CPS27BINT

Antes de continuar quisiera hacerle algunas preguntas acerca (del/de los) plane(s) de seguro de salud que acaba de agregar.

CPS28

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su plan actual de Cuidado Administrado de Medicare.

¿Ha cambiado esta información?

CPS29

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (CPS26 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

CPS29A

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) era su Plan de Recetas Médicas actual.

¿Ha cambiado esa información?

CPS29B

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (CPS26 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

CPS29C

Antes de continuar quisiera hacerle algunas preguntas acerca (del/de los) plan(es) de descuento que acaba de agregar.