

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
ST. STATEMENT CHARGE SERIES

ST1.

Ahora que hemos terminado de hablar de las visitas médicas y de las medicinas recetadas, hablemos de sus costos médicos. Debemos comenzar examinando cualquier papel o explicaciones escritas que tenga sobre lo que fue pagado por Medicare, alguna compañía de seguro, o TRICARE.

Normalmente, ¿recibe usted estados de cuenta o papeles de Medicare, seguro, tal como (MEDICARE MANAGED CARE PLAN), o TRICARE que muestre los cobros por visitas médicas o equipo?

La última vez, anotamos que usted (siempre/algunas veces/nunca) recibe/recibió estados de cuenta o papeles de Medicare, seguro o TRICARE que muestran los cobros de visitas médicas o equipo.

Por favor dígame si (actualmente) usted siempre recibe los estados de cuenta, algunas veces recibe los estados de cuenta o nunca recibe los estados de cuenta.

- SIEMPRE 1
- ALGUNAS VECES 2
- NUNCA..... 3

ST2.

[Ahora que hemos terminado de hablar de las visitas médicas y de las medicinas recetadas, hablemos de sus costos médicos. Debemos comenzar examinando cualquier papel o explicaciones escritas que tenga sobre lo que fue pagado por Medicare, alguna compañía de seguro, o TRICARE.]

¿Tiene usted algún estado de cuenta de Medicare, Seguro, o TRICARE [que haya recibido desde la última entrevista].

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

ST17.

Antes que continuemos con este estado de cuenta, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la(s) visita(s) que acabo de agregar.

ST18.

¿Qué tipo de personal médico es (PROVIDER NAME)?

ST19.

¿Está asociado(a) (PROVIDER NAME) con una dependencia del Departamento de Asuntos de Veteranos o A.V.?

ST20.

¿Está asociado(a) (PROVIDER NAME) con su plan [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?

ST21.

¿Fue mandado(a) usted a (PROVIDER NAME) por [READ MANAGED CARE PLAN NAMES BELOW]?

ST22A.

¿Cuál es la razón más importante por la que usted no vio un médico asociado con [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] o un médico al que [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] lo(a) haya mandado?

ST23.

Tenemos anotado que en (EVENT MONTH) usted también estuvo en [READ EVENT(S) LISTED BELOW]. ¿Fue esta visita a (PROVIDER NAME) una visita mientras usted estaba en el/la [READ EVENT LISTED BELOW]/alguno de estos lugares?

ST31.

Antes de continuar con este estado de cuenta, quisiera hacerle algunas preguntas sobre el proveedor de cuidado de salud en el hogar que acabo de agregar.

ST43.

Antes de continuar con este estado de cuenta, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la(s) medicina(s) recetada(s) que acabo de agregar.

[Sería muy útil para las siguientes preguntas si pudiéramos ver la(s) botella(s) o envase(s) de la(s) medicina(s).]

ST49.

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó.

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

ST53.

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó.

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

ST57.

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó.

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

ST61.

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó.

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

ST64.

El costo total de las recetas informadas en este estado de cuenta es de (TOTAL CHARGE).

¿Ha pagado usted aparte de Medicare, o alguna otra fuente, tal como un plan de seguro/TRICARE o un plan de seguro TRICARE alguna parte de esta cantidad?

ST67.

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

ST67BINT

Antes de continuar con este estado de cuenta, quisiera hacerle algunas preguntas sobre el/los plan(es) de seguro de salud que acaba de agregar.

ST68

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su Plan de cuidado Administrado de Medicare actual. ¿Ha cambiado esta información?

ST69

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (ST66 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

ST69A

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTIONDRUG PLAN) era su Plan de Recetas Médicas de Medicare actual. ¿Ha cambiado esta información?

ST69B

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (ST66 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

ST69C

Antes de continuar, quisiera hacerle algunas preguntas sobre el/los plan(es) de descuentos que acaba de agregar.

ST70.

Parece que hay (una cantidad que aún no ha sido pagada/más pagos que la cantidad que quedó después que Medicare pagó). La cantidad total de pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad (sin pagar/pagada de más) es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND AMOUNT REMAINING). ¿Es correcto eso?

ST73.

Parece que hay una cantidad que aún no ha sido pagada. La cantidad total de pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN TOTAL CHARGE AND PAYMENTS). ¿Es correcto eso?

ST78

Tengo anotado que usted ha pagado (SP/FAMILY PAYMENT). ¿Espera o anticipa usted que alguna fuente le reembolse a usted parte o el total de esa cantidad?

ST79

¿Espera o anticipa usted que alguien le reembolse alguna parte de esa cantidad?

ST80

¿Cuánto espera que le paguen?