

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009  
COMMUNITY COMPONENT  
NS. NO STATEMENT CHARGE SERIES

NS1.

[Ahora que hemos terminado con sus estados de cuenta, quisiera hablar

/Quisiera hablar]

acerca de los costos de los servicios médicos y los costos para los cuales usted no tenía un estado de cuenta.

(Comencemos con

/A continuación veamos) los costos de (EVENT)...

NS2.

Según lo que usted sabe, ¿se espera que llegue algo de (Medicare, Seguro y Tricare/Medicare y Tricare/Medicare y Seguro/Medicare) en el correo acerca de [READ EVENT ABOVE]?

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier estado de cuenta que haya recibido acerca de sus beneficios de Medicare para Recetas Médicas.]

NS4

¿Ha recibido usted un estado de cuenta por (el/la) (READ EVENT ABOVE)?

NS5.

Incluyendo las cantidades que sean pagadas por Medicare o por cualquiera otra persona,

[¿cuál (fue el cobro por el/la (OME ITEM TYPE) alquilado(a) (con opción a compra) entre (REFERENCE DATE) y hoy)

/¿cuál fue el cobro total, (es decir la cantidad total cobrada)]?

NS6.

¿Cuál fue la cantidad del copago para el (READ EVENT ABOVE)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de salud administrados comúnmente cobran una cantidad fija, o un copago, por los servicios de salud proporcionados. Por ejemplo, la persona puede pagar \$10 por cada visita a la oficina del médico y \$5 por cada receta de medicina.]

NS7.

¿Cuántos meses están cubiertos por el cobro del período de tiempo desde (REFERENCE DATE)?

NS8.

¿Cuántas de las veces que obtuvo (READ EVENT ABOVE) desde (REFERENCE DATE)

/estaban cubiertas por el cobro total

/no fueron cobradas

/estaban cubiertas por los (TOTAL CHARGE)

/estaban cubiertas por el copago

/no hubo copago

/estaban cubiertas por los (COPAYMENT)]?

NS9.

¿Cuántas de las (NUMBER OF VISITS) (visitas al OPD en/servicios de laboratorio provistos por/visitas a) (PROVIDER NAME) durante el mes de (EVENT MONTH)

/estaban cubiertas por el cobro total

/no fueron cobradas

/estaban cubiertas por los (TOTAL CHARGE)

/estaban cubiertas por el copago

/no hubo copago

/estaban cubiertas por los (COPAYMENT)?

NS12.

¿Qué más estaba incluido?

FECHAS DE SERVICIO DEL PROVEEDOR .....	1
VISITAS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR .....	2
OTROS GASTOS MÉDICOS .....	3
MEDICINAS RECETADAS .....	4

NS17.

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

NS18.

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

NS19.

¿Está asociado(a) (PROVIDER NAME) con una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

NS20

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

NS21

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

NS22A

¿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] le hubiese referido?

NS23.

Hemos anotado que en (EVENT MONTH) usted también fue a (READ EVENT(S) LISTED BELOW). ¿Fue esta visita con (PROVIDER NAME) una visita mientras estaba en [READ EVENT LISTED BELOW]/algunos de estos lugares]?

NS31.

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

NS43.

Antes que continuemos con este estado de cuenta, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de 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).]

NS64.

¿Ha pagado ya usted o alguna otra fuente tal como (un plan de seguro/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), algo

/del cobro

/del cobro total

/de la cantidad del copago

/de este (TOTAL CHARGE)?

NS67.

¿Quién (más) pagó?

¿Cuánto pagó (SOURCE)?

NS67BINT.

Antes que continuemos, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del/de los plan(es) de seguro de salud que usted acaba de agregar.

NS68.

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

¿Ha cambiado esta información?

NS69

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (NS66 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN)?

NS69A

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

¿Ha cambiado esa información?

NS69B

¿Está usted cubierto(a) o inscrito(a) (actualmente) en (NS66 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

NS69C.

Antes que continuemos, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del/de los plan(es) de descuento que usted es miembro y que acaba de agregar.

NS70

Parece haber (una cantidad que todavía no se ha pagado/más pagos que el cobro total).

[REVIEW WITH RESPONDENT.] El total de todos los pagos es \$(TOTAL PAYMENTS)

La cantidad (que no se ha pagado/pagada en exceso) es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND TOTAL CHARGE).

¿Es correcto eso?

NS78.

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

NS79.

¿Espera usted que alguien pague algo de esta cantidad?

NS80.

¿Cuánto espera usted que será pagado?

NSL1

Anteriormente usted me dijo que había hecho otras [visitas a (PROVIDER NAME)/compras de medicinas recetadas].

Es alguna de las otras [visitas a (PROVIDER NAME)/compras de medicinas recetadas] la misma – es decir el [cobro total fue (TOTAL CHARGE)/copago fue (TOTAL CHARGE)] por (visita/compra) que las incluidas en los siguientes pagos: [READ PAYMENTS LISTED ABOVE]?

NSL3

¿Cuáles son las mismas?

NSL4

¿Cuántas veces son las mismas?

NSL5

¿Cuáles son las mismas?

NSL6

¿Cuántas veces son las mismas para (EVENT)?