

Montana Health and Economic Livelihood Partnership Plan

Encuesta para el beneficiario: Miembros

Declaración de divulgación de la PRA (Paperwork Reduction Act)

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a llenar un pedido de información si no presenta un número válido de control OMB. El número válido de control OMB para este pedido de información es **0938-NEW**. Completar este pedido de información le llevará aproximadamente **15 minutos**, que incluye revisar las instrucciones, buscar los recursos de información que tenga, reunir los datos necesarios, completarlo y revisarlo. Si tiene algún comentario sobre si el tiempo estimado para llenar el formulario es el adecuado o alguna sugerencia para mejorar el formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Presentación e instrucciones para completar la encuesta

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están realizando esta encuesta sobre su experiencia reciente al recibir atención médica; responderla le llevará unos **15 minutos**.

Su participación es voluntaria, y no perderá ningún beneficio ni tendrá ninguna sanción de ningún tipo si decide no participar. Puede omitir y no contestar cualquier pregunta que le incomode. Su participación en esta investigación es confidencial, y no compartiremos con ninguna otra organización su nombre ni cualquier otra información que lo pueda identificar. En la portada de la encuesta aparece un número. Este número SOLO se utiliza para que sepamos si devolvió la encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, llame sin costo al centro de ayuda de la encuesta al 1-855-443-2692.

- Use un lapicero con tinta azul o negra.
- Marque todas sus respuestas con una 'X'.
- Si comete un error, crúcelo con una línea y marque la respuesta correcta.
- Si le indican omitir una pregunta, siga la flecha para obtener instrucciones sobre la pregunta que debe responder a continuación.

Study ID

Sobre su inscripción en HELP

El estado de Montana tiene actualmente un programa de seguro que se llama Montana Health and Economic Partnership (HELP) Plan para adultos de 19 a 64 años de edad.

1. ¿Está inscrito actualmente en el “Montana Health and Economic Partnership Plan” (también llamado “HELP”)?

- Sí
- No
- No estoy seguro/No sé
- } **VAYA AL FINAL**

2. ¿Cuánto tiempo ha estado inscrito en HELP?

- Entre 1 y 3 meses
- Entre 4 y 6 meses
- Entre 7 y 12 meses
- Más de 12 meses

3. Desde que se inscribió en HELP, ¿en algún momento perdió su cobertura o cancelaron su inscripción en HELP?

- Sí
- No
- No estoy seguro/No sé
- } **VAYA A LA PREGUNTA 5**

4. ¿Hace cuánto que terminó su membresía en HELP?

- Menos de 1 mes
- Entre 1 y 3 meses
- Más de 3 meses
- No estoy seguro/no sé

Antes de que se inscribiera en el plan HELP

Para las siguientes preguntas, piense en los 12 meses **previos a su inscripción** en HELP.

5. **En los 12 meses previos a su inscripción en HELP, ¿tenía algún seguro médico?**

Sí

No

No estoy seguro/No sé

} **VAYA A LA PREGUNTA 9**

6. **¿Cuánto tiempo tuvo ese seguro médico?**

Los 12 meses

Entre 6 y 11 meses

Menos de 6 meses

7. **¿Qué tipo de seguro médico tenía? Marque una o más de las siguientes opciones.**

Medicaid

Privado (seguro de un empleador o sindicato u obtenido a través de una compañía de seguros)

TRICARE u otra atención médica militar, incluida la atención médica a veteranos de guerra (inscripción en VA)

Indian Health Service

Otro

No estoy seguro/No sé

8. **En los 12 meses previos a su inscripción en HELP, ¿recibió alguna atención preventiva (tal como un chequeo de rutina, revisión de la presión arterial, vacuna contra la gripe, servicios de planificación familiar, servicios prenatales, pruebas de detección de colesterol o cáncer)?**

Sí

No

No estoy seguro/No sé

Acerca de su plan HELP

Para las siguientes preguntas, piense en su experiencia actual en el plan HELP.

9. ¿Qué tan bien cree que entiende en qué consiste su plan HELP?

- Muy bien
- Bastante bien
- Para nada

10. Cuando se inscribió en HELP, ¿buscó información en materiales escritos o en Internet sobre el plan HELP?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA 12

11. ¿Qué tan útil le resultó la información sobre el plan HELP?

- Muy útil
- Bastante útil
- Para nada útil

12. Cuando se inscribió en HELP, ¿obtuvo información o ayuda de un representante de servicio al cliente?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA 14

13. ¿Qué tan útil le resultó la información que obtuvo?

- Muy útil
- Bastante útil
- Para nada útil

14. Desde el momento en que presentó su solicitud hasta que comenzó su cobertura con HELP ¿cuánto tiempo pasó?

- Menos de un mes
- Entre 1 y 3 meses
- Más de 3 meses
- No estoy seguro/No sé

Primas y copagos

Las siguientes preguntas se refieren a su opinión sobre las primas y los copagos de HELP y su experiencia con estos.

15. ¿Cuál es su prima mensual de HELP?

- Entre \$0 y \$9
- Entre \$10 y \$19
- Entre \$20 y \$29
- Entre \$30 y \$39
- Entre \$40 y \$49
- \$50 y superior
- No estoy seguro/No sé

16. Si paga su prima mensual, ¿de qué forma lo hace?

- La pago yo → **VAYA A LA PREGUNTA 18**
 - Alguien realiza el pago completo por mí
 - Pago una parte y otra persona paga otra
 - No se pagó la prima
 - No estoy seguro/No sé
- } **VAYA A LA PREGUNTA 18**

17. ¿Cuál de los siguientes grupos ayuda a pagar su prima mensual? Marque una o más de las siguientes opciones.

- Familiares o amigos
- Organización comunitaria o sin fines de lucro (como una iglesia o una organización multicultural)
- Organizaciones de servicios médicos
- Proveedor de atención médica
- Empleador
- Otro

18. Diría que el costo de su prima mensual es:

- Más de lo que puedo pagar
- Una cantidad que puedo pagar
- Menos de lo que puedo pagar
- No estoy seguro/No sé

19. En el transcurso de los últimos 6 meses, ¿qué tan preocupado estaba sobre no tener el dinero suficiente para pagar las primas mensuales?

- Para nada preocupado
- Un poco preocupado
- Bastante preocupado
- Muy preocupado
- Extremadamente preocupado

20. ¿Qué cree que pasará, si fuese a pasar algo, si la prima mensual no se paga en el plazo de 90 días?

- Nada cambiará → **VAYA A LA PREGUNTA 22**
- Mi cobertura de HELP podría terminar
- No estoy seguro/No sé → **VAYA A LA PREGUNTA 22**

21. En cada una de las siguientes afirmaciones, indique si cree que forman parte de su plan HELP.

Marque una respuesta en cada fila.

	Forma parte de su plan HELP	No forma parte de su plan HELP	No estoy seguro
a. Pagar las primas que deba en el plazo de 90 días me permitirá conservar mi cobertura de HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El pago de cualquier prima que deba después de 90 días me permitirá volver a inscribirme en HELP dentro de los 12 meses de la fecha de inicio de mi plan HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cualquier balance de primas que se deben puede deducirse de mi reembolso futuro del impuesto sobre los ingresos del estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. En los últimos seis meses, ¿ha pagado algún copago? Los copagos son pagos que usted le debe a su proveedor de atención médica por los servicios que recibe. Usted es responsable de pagarle al proveedor después de que se haya procesado el reclamo.

Sí

No

No estoy seguro/No sé

} **VAYA A LA PREGUNTA 26**

23. En los últimos 6 meses, diría que la cantidad que se le pedía que pagara en concepto de copagos era:

Más de lo que podía pagar

Una cantidad que podía pagar

Menos de lo que podía pagar

No estoy seguro/No sé

24. La última vez que recibió una factura por un copago, ¿si se hizo el pago, de qué forma se hizo?

Lo pagué yo

Alguien lo pagó por mí

No se pagó el copago

No estoy seguro/No sé

25. ¿Qué tan fácil o difícil fue entender en qué consisten los copagos de HELP?

Muy fácil

Bastante fácil

Ni fácil ni difícil

Bastante difícil

Muy difícil

26. En cada una de las siguientes afirmaciones sobre **las primas, los créditos para las primas y los copagos de HELP**, indique si cree que forman parte de su plan HELP. Marque una respuesta en cada fila.

	Forma parte de su plan HELP	No forma parte de su plan HELP	No estoy seguro
a. Las primas mensuales dependen de mis ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los copagos dependen de los servicios de atención médica que use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los créditos para las primas se aplican a los copagos que deba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los copagos deben pagarse de mi propio bolsillo una vez que haya agotado mi crédito para primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Los copagos no se pagarán en el momento en que reciba los servicios de atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La cantidad de las primas que se deben puede deducirse de mi reembolso futuro del impuesto sobre los ingresos del estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Accesibilidad a la atención

Para las siguientes preguntas, piense en sus experiencias de atención médica en los **últimos 6 meses**.

27. En los últimos 6 meses, ¿visitó a algún médico, enfermero o cualquier otro profesional de la salud o recibió medicamentos recetados?

Sí

No

No estoy seguro/No sé

} **VAYA A LA PREGUNTA 29**

28. En los últimos 6 meses, ¿alguna de sus visitas de atención médica fue para una revisión de rutina? Una revisión de rutina es un examen físico general, no un examen por una lesión, enfermedad o afección específicas.

Sí

No

No estoy seguro/No sé

29. En los últimos 6 meses, ¿en algún momento necesitó atención médica, pero no la pudo obtener debido a los costos?

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA 31**

30. En los últimos 6 meses, ¿qué tipo de atención médica no pudo obtener debido a los costos? Marque una respuesta en cada fila.

	Sí	No	N/A
a. Una visita al médico cuando estuve enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Atención preventiva (p. ej.: revisión de la presión arterial, vacuna contra la gripe, servicios de planificación familiar, servicios prenatales, pruebas de detección de colesterol o cáncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una visita de seguimiento para realizarme pruebas u obtener la atención recomendada por mi médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Atención dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuidado de la vista (de los ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Atención en la sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las próximas preguntas se refieren a la atención y el tratamiento en la sala de emergencias (ER).

Algunas personas utilizan las salas de emergencias tanto para las **emergencias** como para atención que **no es de emergencia**. Una emergencia es una afección que podría poner en peligro la vida o que podría causar una discapacidad permanente si no se trata de inmediato.

31. Como parte de su plan HELP, ¿hay un copago de \$8 para ir a la sala de emergencias para una afección que no es de emergencia?

- Sí
- No
- No estoy seguro/no sé

32. En los últimos 6 meses, ¿pensó en ir a la sala de emergencias cuando necesitó atención?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA 35

33. En los últimos 6 meses, cuando necesitó atención, ¿fue a la sala de emergencias?

- Sí → VAYA A LA PREGUNTA 35
- No

34. ¿Cuál es la razón principal por la que no fue a la sala de emergencias para recibir atención?

- No tenía cómo ir hasta allí o no podía pagar para llegar hasta allí
- Decidí ir al consultorio del médico o la clínica
- No quise pagar el copago
- Esperé para ver si mejoraba solo
- Otro motivo

Satisfacción con HELP

35. En función de su experiencia general con HELP, diría que está:

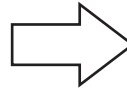
- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho → **VAYA A LA PREGUNTA 37**
- Bastante insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No estoy seguro/No sé → **VAYA A LA PREGUNTA 37**

36. Díganos qué tan satisfecho o insatisfecho está con cada uno de los ítems de HELP que aparecen a continuación. Marque una respuesta en cada fila.

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	No tengo opinión	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho
a. El proceso de inscripción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El tiempo de espera para que comience la cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La posibilidad de ver a mi médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La selección de médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La cobertura de servicios de atención médica que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En qué consisten los copagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El costo de las primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pagar la misma cantidad todos los meses por las primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora piense en su plan HELP actual y compárelo con el plan de seguro médico que tuvo durante los 12 meses previos a su inscripción en HELP.

Si no tuvo un plan de seguro médico en los 12 meses previos a su inscripción en HELP



VAYA A LA PREGUNTA 38

37. Para cada uno de los siguientes ítems, ¿cómo es su plan de salud de HELP comparado con su plan de seguro médico anterior? Marque una respuesta en cada fila.

	Mejor	Igual	Peor	No estoy seguro
a. Capacidad para pagar mi plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La cobertura de servicios de atención médica que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La posibilidad de ver a mi médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La posibilidad de conseguir los servicios de atención médica que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acerca de usted

38. Diría que en general su estado de salud es:

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

39. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?

- 8.º grado o menos
- Algunos años de secundaria, pero no me gradué
- Me gradué de la secundaria o GED (Educación general básica)
- Algunos años de universidad o grado de 2 años
- Grado universitario de 4 años
- Grado universitario de más de 4 años

40. ¿Cuál es la mejor descripción de su situación laboral?

- Empleo a tiempo completo
- Empleo a tiempo parcial
- Trabaja por su cuenta
- Dedicado a las tareas del hogar
- Estudiante a tiempo completo
- No puede trabajar por motivos de salud
- Desempleado

41. ¿Qué edad tiene?

- De 18 a 24
- De 25 a 34
- De 35 a 44
- De 45 a 54
- De 55 a 64
- De 65 a 74
- 75 o más

42. ¿Es hombre o mujer?

Hombre

Mujer

43. ¿Es de origen hispano, latino o español? Marque una o más de las siguientes opciones.

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, mexicano, mexicano americano, chicano

Sí, puertorriqueño

Sí, cubano

Sí, de otro origen hispano, latino o español

44. ¿Cuál es su raza? Marque una o más de las siguientes opciones.

Blanco

Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Nativo hawaiano o nativo de otras islas del Pacífico

45. Marque con un círculo el número de personas en su familia (incluido usted) que viven en su casa. Indique solo la respuesta que describa mejor el ingreso total que tuvo la familia durante el año pasado, sin descontar impuestos y otras deducciones. Es correcto que ofrezca un cálculo aproximado.

Cantidad de integrantes de la familia (incluido usted mismo)	Ingreso familiar anual			
Una persona	<input type="checkbox"/> \$6,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$6,000 y hasta \$12,000	<input type="checkbox"/> Más de \$12,000 y menos de \$17,000	<input type="checkbox"/> \$17,000 o más
Dos personas	<input type="checkbox"/> \$8,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$8,000 y hasta \$16,000	<input type="checkbox"/> Más de \$16,000 y menos de \$22,000	<input type="checkbox"/> \$22,000 o más
Tres personas	<input type="checkbox"/> \$10,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$10,000 y hasta \$20,000	<input type="checkbox"/> Más de \$20,000 y menos de \$28,000	<input type="checkbox"/> \$28,000 o más
Cuatro personas	<input type="checkbox"/> \$12,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$12,000 y hasta \$25,000	<input type="checkbox"/> Más de \$25,000 y menos de \$34,000	<input type="checkbox"/> \$34,000 o más
Cinco personas	<input type="checkbox"/> \$14,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$14,000 y hasta \$29,000	<input type="checkbox"/> Más de \$29,000 y menos de \$40,000	<input type="checkbox"/> \$40,000 o más
Seis personas	<input type="checkbox"/> \$16,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$16,000 y hasta \$33,000	<input type="checkbox"/> Más de \$33,000 y menos de \$45,000	<input type="checkbox"/> \$45,000 o más
Siete personas	<input type="checkbox"/> \$19,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$19,000 y hasta \$37,000	<input type="checkbox"/> Más de \$37,000 y menos de \$51,000	<input type="checkbox"/> \$51,000 o más
Ocho personas	<input type="checkbox"/> \$21,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$21,000 y hasta \$41,000	<input type="checkbox"/> Más de \$41,000 y menos de \$57,000	<input type="checkbox"/> \$57,000 o más
Nueve personas	<input type="checkbox"/> \$23,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$23,000 y hasta \$45,500	<input type="checkbox"/> Más de \$45,500 y menos de \$63,000	<input type="checkbox"/> \$63,000 o más
Diez o más personas	<input type="checkbox"/> \$25,000 o menos	<input type="checkbox"/> Más de \$25,000 y hasta \$50,000	<input type="checkbox"/> Más de \$50,000 y menos de \$69,000	<input type="checkbox"/> \$69,000 o más

46. ¿Alguien le ayudó a llenar esta encuesta?

Sí

No → **GRACIAS. Devuelva la encuesta contestada en el sobre con estampa.**

47. ¿Cómo le ayudó esa persona? Marque una o más de las siguientes opciones.

Me leyó las preguntas

Escribió las respuestas que le di

Respondió las preguntas por mí

Me tradujo las preguntas a mi idioma

GRACIAS.

Devuelva la encuesta contestada en el sobre con estampa.

**Social & Scientific Systems, Inc.
4505 Emperor Blvd, Suite 400
Durham, NC 27703**