

Montana Health and Economic Livelihood Partnership Plan

Encuesta para el beneficiario: Ex 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.

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 (HELP) Plan" (también llamado "HELP")?

- Sí → **VAYA AL FINAL**
- No
- No estoy seguro/no sé → **VAYA AL FINAL**

2. ¿Se inscribió en HELP alguna vez?

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

Study ID

3. ¿Se inscribió en HELP en los últimos 12 meses?

- Sí
- No → **VAYA AL FINAL**

4. ¿Cuánto hace que terminó su inscripción en HELP?

- Menos de 3 meses
- Entre 3 y 6 meses
- Más de 6 meses
- No estoy seguro/No sé

5. ¿Por qué terminó su inscripción en HELP? Marque una respuesta en cada fila.

Mi inscripción en HELP terminó porque...	Sí	No	No estoy seguro
a. Aumentaron mis ingresos y ya no reunía los requisitos para HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tenía disponible otro seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No podía pagar las primas mensuales de HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ya no quería la cobertura de HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No pagué mi prima en 90 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Intentaría volver a inscribirse en HELP si pudiera?

- Sí
- No
- No estoy seguro/No sé

Su experiencia cuando ya no pertenecía a HELP

Las siguientes preguntas son acerca de su opinión y su experiencia **desde que dejó de pertenecer a HELP**.

7. Cuando ya no pertenecía a HELP, ¿en algún momento necesitó atención médica, pero no la pudo obtener debido a los costos?

Sí

No

No estoy seguro/No sé

} **VAYA A LA PREGUNTA 9**

8. Cuando ya no pertenecía a HELP, ¿qué clase 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"/>

9. Cuando dejó de pertenecer a HELP, ¿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 11**

10. Cuando dejó de pertenecer a HELP, ¿alguna de sus visitas de atención médica fue 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

11. ¿Tiene alguna cobertura de seguro médico actualmente?

- Sí
 - No
 - No estoy seguro/No sé
- } VAYA A LA PREGUNTA 15

12. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? Marque una o más de las siguientes opciones.

- 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)
- Medicaid
- Medicare
- Indian Health Service
- Otro
- No estoy seguro/No sé

13. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene la cobertura de seguro médico actual?

- Menos de un mes
- Entre 1 y 6 meses
- Más de 6 meses

14. Después de que dejó de pertenecer a HELP, ¿cuánto tiempo le llevó obtener su cobertura de seguro médico actual?

- Menos de un mes
- Entre 1 y 6 meses
- Más de 6 meses

Primas y copagos

Las siguientes preguntas se refieren a su opinión sobre los copagos y las primas mensuales de HELP, y su experiencia **cuando usted era miembro de HELP.**

15. Cuando era miembro de HELP, ¿cuál era el costo de 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 pagó su prima mensual, ¿de qué forma lo hizo?

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

17. ¿Cuál de los siguientes grupos ayudó 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. Cuando era miembro de HELP, diría que el costo de su prima mensual era:

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

19. Cuando era miembro de HELP, ¿qué tan preocupado estaba sobre no tener el dinero suficiente para pagar la prima mensual?

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

20. Cuando era miembro de HELP, ¿qué creyó que pasaría, de pasar algo, si su prima mensual no se pagaba en el transcurso de 90 días?

- Nada cambiaría → VAYA A LA PREGUNTA 22
- Mi cobertura de HELP terminaría
- No estoy seguro/No sé → VAYA A LA PREGUNTA 22

21. En cada una de las siguientes afirmaciones, indique si creyó que formaba 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. Si hubiera pagado las primas que debía en el plazo de 90 días habría podido conservar mi cobertura de HELP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si hubiera pagado las primas que debía después de 90 días habría podido volver a inscribirme en HELP dentro de los 12 meses a partir de la fecha de comienzo del 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. Cuando era miembro de HELP, ¿pagó 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 25

23. Cuando era miembro de HELP, ¿nos diría cuál era la cantidad que se le pedía que pagara por los copagos?

Más de lo que podía pagar

Una cantidad que podía pagar

Menos de lo que podía pagar

No estoy seguro/No sé

24. ¿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

25. En cada una de las siguientes afirmaciones sobre las primas, los créditos para las primas y los copagos de HELP, indique si creyó que formaba 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

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.

Respecto a las siguientes preguntas, piense en su experiencia **cuando era miembro de HELP**.

26. Como parte de su plan HELP, ¿había 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

27. Cuando era miembro de HELP, ¿pensó en ir a la sala de emergencias cuando necesitó atención?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA 30

28. Cuando era miembro de HELP, cuando necesitó atención, ¿fue a la sala de emergencias?

- Sí → VAYA A LA PREGUNTA 30
- No

29. ¿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

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

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho → **VAYA A LA PREGUNTA 32**
- Bastante insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No estoy seguro/No sé → **VAYA A LA PREGUNTA 32**

31. 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"/>

Acerca de usted

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

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

33. ¿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

34. ¿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

35. ¿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

36. ¿Es hombre o mujer?

Hombre

Mujer

37. ¿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

38. ¿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

39. 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

40. ¿Alguien le ayudó a llenar esta encuesta?

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

41. ¿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**

