

Vietnamese

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

2025 Prescription Drug Plan Survey

Thăm dò ý kiến về kinh nghiệm Medicare 2025

HƯỚNG DẪN TRẢ LỜI THĂM DÒ Ý KIẾN MEDICARE

Bản thăm dò ý kiến này hỏi về quý vị và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được trong sáu tháng vừa qua. Khi trả lời mỗi câu hỏi, xin quý vị nghĩ về chính mình và những lần quý vị được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gặp mặt trực tiếp, qua điện thoại hoặc cuộc gọi video. Xin vui lòng dành thời giờ để trả lời bản thăm dò ý kiến này. Các câu trả lời của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Sau khi trả lời các câu hỏi, xin quý vị vui lòng gửi trở lại bản thăm dò ý kiến này, dùng phong bì đính kèm đã trả bưu phí, về [SURVEY VENDOR].

- Nếu quý vị thay đổi chương trình Medicare cho năm 2025, xin hãy trả lời các câu hỏi khi nghĩ về các trải nghiệm của mình trong 6 tháng vừa qua của năm 2024.
- Trả lời tất cả câu hỏi bằng cách đánh dấu "X" trong ô phía bên trái của câu hỏi, như thế này:
 Có
- Nhớ đọc kỹ tất cả các câu trả lời quý vị có thể chọn trước khi đánh dấu vào câu trả lời.
- Đôi khi quý vị được yêu cầu không trả lời một số câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này. Trong trường hợp này, quý vị sẽ thấy một mũi tên chỉ dẫn cho biết quý vị cần trả lời câu hỏi nào tiếp, như thế này: [**→ Nếu Không, Xin Qua Câu Số 3**]. Xem thí dụ dưới đây:

THÍ DỤ

1. Quý vị có mang máy trợ thính bây giờ không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 3**

2. Quý vị mang máy trợ thính từ bao giờ?

- Chưa đến 1 năm
 1 đến 3 năm
 Lâu hơn 3 năm
 Tôi không có mang máy trợ thính

3. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có bị nhức đầu không?

- Có
 Không

Thế theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Điều này áp dụng cho cả trường hợp thu thập thông tin bắt buộc lẫn tự nguyện. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là **0938-0732** (hết hạn ngày TBD). Thời gian cần thiết để hoàn thành bản thu thập thông tin này được ước tính trung bình **10 phút**, bao gồm thời gian để xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

1. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy trong năm 2024 thuốc theo toa của quý vị được chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare có tên trên trang sau cung cấp bảo hiểm. Có đúng như thế không?

- Có → **Nếu Có, Xin Qua Câu Số 3**
 Không

2. Vui lòng viết tên chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare mà quý vị đã có trong năm 2024 bên dưới và hoàn tất phần còn lại của bản thăm dò ý kiến này dựa trên kinh nghiệm của quý vị với chương trình đó. (Vui lòng viết bằng chữ in)

3. Trong 6 tháng vừa qua, có ai từ văn phòng bác sĩ, nhà thuốc tây hoặc chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị liên lạc với quý vị:

Có Không

- a. Để biết chắc quý vị đã đi lấy hoặc lấy thêm thuốc không?
- b. Để biết chắc quý vị đang uống thuốc theo chỉ dẫn không?

4. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa để nhận thuốc theo toa của bác sĩ có thường dễ dàng không?

- Chưa bao giờ
 thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn
 Tôi không sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của tôi để nhận thuốc trong 6 tháng vừa qua

5. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có từng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của mình để mua thuốc theo toa ở nhà thuốc tây địa phương không?

- Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 7**

6. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa ở nhà thuốc tây địa phương có thường dễ dàng không?

- Chưa bao giờ
 thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

7. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có từng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa gửi qua bưu điện không?

Có
 Không → **Nếu Không, Xin Qua Câu Số 9**

8. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa gửi qua bưu điện có thường dễ dàng không?

Chưa bao giờ
 Thỉnh thoảng
 Thường thường
 Luôn luôn

9. Dùng từ số 0 đến số 10, số 0 dành cho chương trình bảo hiểm thuốc theo toa kém nhất và số 10 dành cho chương trình bảo hiểm thuốc theo toa tốt nhất, quý vị sẽ chọn số nào để đánh giá về chương trình thuốc theo toa của mình?

0 Chương trình thuốc theo toa kém nhất

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

10 Chương trình thuốc theo toa tốt nhất

Thông tin về Quý vị

10. Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tổng quát của quý vị như thế nào?

Xuất sắc
 Rất tốt
 Tốt
 Tạm được
 Kém

11. Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc tổng quát của quý vị như thế nào?

Xuất sắc
 Rất tốt
 Tốt
 Tạm được
 Kém

12. Quý vị chủ yếu nói ngôn ngữ nào nhiều nhất ở nhà?

Tiếng Anh
 Tiếng Tây Ban Nha
 Tiếng Trung
 Tiếng Hàn
 Tiếng Tagalog
 Tiếng Việt
 Ngôn ngữ khác → Vui lòng ghi chữ in hoa: _____

13. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có nằm bệnh viện một đêm hoặc nhiều hơn một đêm không?

Có
 Không

14. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có chờ hoặc không đi mua thuốc vì quý vị thấy mình không đủ khả năng mua thuốc không?

- Có
 Không
 Bác sĩ của tôi không có kê toa thuốc nào cho tôi trong 6 tháng vừa qua

15. Có bác sĩ nào từng nói với quý vị rằng quý vị có một trong những bệnh trạng sau không?

- | | <u>Có</u> | <u>Không</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Đau tim? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Đau thắt ngực hoặc bệnh mạch vành? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Huyết áp cao? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ung thư, ngoại trừ ung thư da? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tràn khí, hen suyễn hoặc COPD (bệnh tắc nghẽn mãn tính)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Bệnh tiểu đường hoặc đường huyết cao? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Quý vị có gặp khó khăn trầm trọng khi đi bộ hay lên xuống cầu thang không?

- Có
 Không

17. Quý vị có gặp khó khăn khi mặc quần áo hay tắm rửa không?

- Có
 Không

18. Quý vị có gặp khó khăn khi làm những việc vất vả một mình như đi khám tại văn phòng bác sĩ hay đi mua sắm vì những vấn đề về sức khỏe, tâm thần hay cảm xúc không?

- Có
 Không

19. Cấp lớp hoặc trình độ học vấn cao nhất quý vị đã hoàn tất là gì?

- Từ lớp 8 trở xuống
 Trung học, nhưng chưa tốt nghiệp
 Tốt nghiệp trung học hoặc có GED
 Có học chút ít tại đại học hoặc có bằng đại học 2 năm
 Tốt nghiệp đại học 4 năm
 Cao hơn trình độ đại học 4 năm

20. Có phải quý vị là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh không?

- Phải, tôi là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh
 Không, tôi không phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh

21. Quý vị thuộc chủng tộc nào? Xin chọn một hoặc một số các chủng tộc sau đây.

- Người Mỹ bản xứ hoặc người bản xứ Alaska
 Người Á đông
 Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Châu
 Người bản xứ Hạ Uy Di hoặc người thuộc các Quần đảo Thái Bình Dương
 Người da trắng

22. Hiện có bao nhiêu người đang sống trong nhà của quý vị, kể cả quý vị?

- 1 người
 2 đến 3 người
 4 người trở lên

23. Quý vị có từng sử dụng internet ở nhà không?

- Có
 Không

24. Chương trình Medicare có thể liên lạc với quý vị một lần nữa để tìm hiểu thêm về sự chăm sóc sức khỏe, hoặc mời quý vị tham gia vào một cuộc thảo luận theo nhóm hoặc phỏng vấn quý vị về những chủ đề liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe của quý vị không?

- Có
 Không

25. Có ai giúp quý vị hoàn tất trả lời bản thăm dò ý kiến này không?

- Có
 Không → **Xin cảm ơn quý vị.**

Vui lòng gửi trở về cho chúng tôi bản thăm dò ý kiến đã hoàn tất trong phong bì đính kèm đã trả bưu phí.

26. Người đó giúp quý vị như thế nào? Đánh dấu vào một hoặc nhiều cách.

- Đọc các câu hỏi này cho tôi nghe
 Ghi giúp tôi các câu trả lời
 Trả lời câu hỏi thay cho tôi
 Dịch các câu hỏi sang ngôn ngữ của tôi
 Giúp tôi bằng cách khác

Xin cảm ơn.

Vui lòng gửi trở về cho chúng tôi bản thăm dò ý kiến đã hoàn tất trong phong bì đính kèm đã trả bưu phí.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Contract Name: _____

[OPTIONAL]

Quý vị cũng có thể nhận biết chương trình của mình qua một trong các điểm sau: