



Thăm Dò Ý Kiến Về Việc Ngừng Sử Dụng Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare

Những câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này là về **chương trình bảo hiểm thuốc theo toa mà quý vị đã dùng trước đây.**

Tên và số hợp đồng của chương trình bảo hiểm mà quý vị đã dùng trước đây là --

< PREV_BENEFIT >

Được cung cấp bởi <PREV_PLAN_CODE>

Hướng dẫn bản thăm dò ý kiến

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian hoàn thành bản thăm dò ý kiến này! Những câu trả lời của quý vị rất quan trọng với chúng tôi và sẽ giúp những người khác sử dụng Medicare lựa chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm thuốc.

Quý vị đã nhận được bản thăm dò ý kiến này bởi vì dữ liệu cho thấy gần đây, quý vị đã chuyển đổi hoặc ngừng sử dụng chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare của mình.

Cách hoàn thành bản thăm dò ý kiến này:

- ◆ Hãy trả lời từng câu hỏi chỉ dựa vào trải nghiệm của bạn đối với chương trình trước đây (tên của chương trình được in trên bì của bản khảo sát này).
- ◆ Hãy nghĩ về bản thân quý vị khi trả lời từng câu hỏi.
- ◆ Trả lời mỗi câu hỏi bằng việc đánh dấu "X" vào ô bên trái câu trả lời của quý vị, giống như thế này:
 Có
- ◆ Đọc tất cả các lựa chọn trả lời trước khi đánh dấu câu trả lời của quý vị.
- ◆ Một vài câu hỏi có hướng dẫn quý vị bỏ qua những câu có thể không áp dụng với quý vị. Khi gặp hướng dẫn này, quý vị sẽ nhìn thấy một mũi tên với ghi chú cho biết đâu là câu hỏi cần trả lời tiếp theo, giống như thế này: [→ **Nếu không, hãy chuyển tới Câu hỏi số 3**].
- ◆ Hãy gửi lại bản thăm dò ý kiến đã hoàn thành trong phong bì đã trả bưu phí đính kèm.

Thế theo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời câu hỏi cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Số kiểm soát OMB có hiệu lực đối với việc thu thập thông tin này là 0938-1113, với ngày hết hạn sẽ được xác nhận. Theo ước tính, thời gian trung bình cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này là **10 phút** cho một lượt trả lời, tính kể thời gian đọc hướng dẫn, thời gian tìm kiếm nguồn dữ liệu sẵn có, thu thập và xác nhận thông tin được yêu cầu, hoàn tất và kiểm tra lại toàn bộ thông tin thu thập. Nếu quý vị có ý kiến về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc có đề xuất về cách cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư về: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA TRƯỚC ĐÂY CỦA QUÝ VỊ

1. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đã từng tham gia chương trình bảo hiểm thuốc theo toa này:

< PREV_BENEFIT >

Được cung cấp bởi < PREV_PLAN_CODE >

nhưng bây giờ, quý vị không sử dụng chương trình này nữa. Điều này có đúng không?

- Có, tôi đã ngừng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa nêu trên → **Chuyển tới Câu hỏi số 2**
- Không, tôi đã ngừng sử dụng một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa khác → **Chuyển tới Câu hỏi số 2**
- Không, tôi đã không chuyển đổi chương trình hay ngừng sử dụng BẤT CỨ chương trình bảo hiểm thuốc theo toa nào gần đây. → **Dừng lại**

Không hoàn thành phần còn lại của bản thăm dò ý kiến này. Vui lòng gửi trở về cho chúng tôi bản thăm dò ý kiến trong phong bì đính kèm.

2. Có phải quý vị đã chuyển đổi chương trình hoặc ngừng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare vì bất cứ lý do nào dưới đây?

- Tôi đã chuyển nhà ra khỏi khu vực mà chương trình bảo hiểm được cung cấp
- Tôi đã bị loại ra khỏi chương trình bảo hiểm
- Chương trình đã bị huỷ hoặc không được tiếp tục trong khu vực của tôi
- Chương trình đã bị thay đổi hoặc bị ngừng bởi tổ chức cung cấp bảo hiểm cho tôi (ví dụ như sở làm hoặc một đoàn thể trước đây)

Dừng lại.
Không hoàn thành phần còn lại của bản thăm dò ý kiến này.
Vui lòng gửi lại bản thăm dò ý kiến này trong phong bì đính kèm.

- Không ý nào trong danh sách trên → **Tiếp tục bản thăm dò ý kiến, chuyển tới Câu hỏi 3**

Khi quý vị trả lời các câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này, vui lòng chỉ nghĩ về chương trình bảo hiểm thuốc theo toa (tên chương trình được in ở trang đầu của bản thăm dò ý kiến này) mà quý vị đã dùng trước đây.

3. Khi cần sử dụng chương trình bảo hiểm trước đây để lấy thuốc bác sĩ kê toa, quý vị có thường xuyên thấy dễ dàng khi làm vậy không?

- Không bao giờ
- Thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn
- Tôi đã không sử dụng chương trình bảo hiểm trước đây để lấy bất cứ thuốc theo toa nào

4. 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 có thể

NHỮNG LÝ DO KHIẾN QUÝ VỊ NGỪNG SỬ DỤNG CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA TRƯỚC ĐÂY CỦA MÌNH

Những câu hỏi tiếp theo là về những lý do mà quý vị có thể đã có khi chuyển đổi hoặc ngừng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa trước đây của mình.

5. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì một ai đó đã đăng ký cho quý vị tham gia chương trình mà không có sự đồng ý của quý vị?

- Có
- Không

6. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì chi phí quý vị phải thanh toán mỗi lần quý vị lấy thuốc hoặc bổ sung thuốc theo toa (đồng thanh toán) đã tăng lên?

- Có
 Không
 Tôi đã không phải thanh toán cho thuốc theo toa của mình

7. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã tìm được một chương trình có mức đồng chi trả thấp hơn cho thuốc theo toa?

- Có
 Không

8. Để được bao trả thuốc theo toa, một vài người đã phải tự bỏ tiền túi ra để trả tiền bảo phí (phí) hàng tháng cho chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của họ.

Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì bảo phí hàng tháng đã tăng lên?

- Có
 Không
 Tôi đã không phải bỏ tiền túi ra để trả tiền bảo phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm trước đây của mình

9. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã tìm được một chương trình có mức bảo phí hàng tháng thấp hơn?

- Có
 Không
 Tôi đã không phải bỏ tiền túi ra để trả tiền bảo phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm trước đây của mình

10. Chương trình bảo hiểm thuốc theo toa có một danh sách các loại thuốc theo toa thuộc diện được bao trả. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì họ đã thay đổi danh sách các loại thuốc theo toa mà họ có bao trả?

- Có
 Không

11. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây do có sự thay đổi về tình hình tài chính cá nhân, khiến quý vị không còn có thể chi trả cho chương trình bảo hiểm nữa?

- Có
 Không

12. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị nhận ra chi phí đắt hơn mức quý vị kỳ vọng?

- Có
 Không

13. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì chương trình đã từ chối chi trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị đã kê toa?

- Có
 Không

14. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị gặp vấn đề với việc lấy thuốc mà bác sĩ của quý vị đã kê toa?

- Có
 Không

15. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị thấy rất khó khăn khi lấy thuốc biệt dược gốc?

- Có
 Không
 Tôi đã không thử lấy thuốc biệt dược từ chương trình trước đây của mình

16. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị thấy mệt mỏi với quy trình phê duyệt của chương trình bảo hiểm khi cần lấy thuốc mà bác sĩ đã kê toa?

- Có
 Không

17. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã không biết ai là người có thể liên lạc khi quý vị gặp vấn đề trong việc lấy thuốc hoặc bổ sung thuốc theo toa?

- Có
 Không

18. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị thấy khó khăn khi tìm thông tin từ chương trình này về loại thuốc theo toa nào sẽ được bao trả và chi phí cho từng loại thuốc cụ thể?

- Có
 Không

19. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã không hài lòng với cách chương trình xử lý câu hỏi hay lời phàn nàn?

- Có
 Không

20. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình bởi vì quý vị đã không thể lấy thông tin hay nhận sự giúp đỡ mà quý vị cần từ chương trình?

- Có
 Không

21. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì nhân viên dịch vụ khách hàng đã không đối xử với quý vị theo cách nhã nhặn và tôn trọng?

- Có
 Không

22. Hàng năm, Medicare đều đánh giá tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe và chấm điểm theo số sao đánh giá.

Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì chương trình này có mức sao thấp trong Medicare?

- Có
 Không

23. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã tìm được một chương trình khác với có thứ hạng sao cao hơn trong Medicare?

- Có
 Không

CÁC LÝ DO KHÁC DẪN ĐẾN VIỆC NGỪNG SỬ DỤNG CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA TRƯỚC ĐÂY

24. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì một thành viên gia đình hoặc bạn bè đã nói cho quý vị biết về một chương trình tốt hơn?

- Có
 Không

25. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì một bên môi giới hoặc nhân viên bảo hiểm đã nói cho quý vị biết về một chương trình tốt hơn?

- Có
 Không

26. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây vì quý vị đã thấy một quảng cáo về một chương trình mà quý vị nghĩ rằng mình sẽ thấy thích hơn?

- Có
 Không

27. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị đã tìm thấy một chương trình có thể đáp ứng tốt hơn nhu cầu về thuốc theo toa của quý vị?

- Có
 Không

28. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị dùng rất ít thuốc theo toa và không cần chương trình bảo hiểm thuốc theo toa nữa?

- Có
 Không

THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ

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

- Xuất sắc
- Rất tốt
- Tốt
- Tạm được
- Kém

30. 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

31. Trong 12 tháng qua, quý vị đã dùng bao nhiêu thuốc theo toa khác nhau?

- Không có
- 1 tới 2 loại thuốc
- 3 tới 5 loại thuốc
- Từ 6 loại thuốc trở lên

32. Trong 12 tháng qua, quý vị có đi khám bác sĩ hay cơ sở y tế khác để điều trị cùng một bệnh trạng hoặc vấn đề từ 3 lần trở lên không?

- Có
- Không → Nếu Không, chuyển tới Câu hỏi số 34

33. Đây có phải là bệnh trạng hoặc vấn đề đã kéo dài trong ít nhất 3 tháng không?

- Có
- Không

34. Bây giờ, quý vị có cần hoặc có uống thuốc mà bác sĩ kê toa không?

- Có
- Không → Nếu Không, chuyển tới

Câu hỏi số 36

35. Có phải loại thuốc này để điều trị một bệnh trạng đã kéo dài trong ít nhất 3 tháng không?

- Có
- Không

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

- | | Có | Không |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

37. **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 (*high school*) 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

38. **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

39. **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

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

- Tiếng Trung
- Tiếng Anh
- Tiếng Nga
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Việt
- Ngôn ngữ khác (vui lòng viết hoa):

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

- Có
- Không → **Nếu Không, chuyển tới**

Câu hỏi số 43

42. **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 (vui lòng viết hoa):

43. **Chúng tôi có thể liên hệ lại với quý vị nếu có bất cứ câu hỏi nào về câu trả lời trong bản thăm dò ý kiến của quý vị hoặc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được không?**

- Có
- Không

CẢM ƠN QUÝ VỊ ĐÃ HOÀN THÀNH BẢN THĂM DÒ Ý KIẾN NÀY

**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.**

**MEDICARE SATISFACTION SURVEY
PO BOX 3416**

Trang này được cố ý để trống.

Trang này được cố ý để trống.