



## **Bản Thăm Dò Ý Kiến về việc Ngừng Sử Dụng Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Medicare Advantage**

Những câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này là về **chương trình bảo hiểm y tế 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 quý vị đối với chương trình đã dùng trước đây (tên của chương trình được in trên trang đầu của bản thăm dò ý kiến 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 **11 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 SỨC KHOẺ TRƯỚC ĐÂY CỦA QUÝ VỊ

1. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đã từng tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe 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 sức khỏe nêu trên → **Chuyển tới Câu hỏi số 2**

Không, tôi đã ngừng sử dụng một chương trình bảo hiểm sức khỏe 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 sức khỏe Medicare 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 sức khỏe 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 sức khỏe (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 tiếp cận dịch vụ chăm sóc, xét nghiệm hoặc sự điều trị mà quý vị cần thông qua chương trình bảo hiểm trước đây, quý vị có thường xuyên thấy dễ dàng khi làm vậy không?

- Không bao giờ
- thỉnh thoảng
- Thường thường
- Luôn luôn
- Tôi đã không thử tiếp cận bất cứ một loại hình chăm sóc, xét nghiệm, hay điều trị nào thông qua chương trình trước đây của tôi

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

- 0 Chương trình bảo hiểm sức khỏe kém nhất có thể
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Chương trình bảo hiểm sức khỏe tốt nhất có thể

### **NHỮNG LÝ DO KHIẾN QUÝ VỊ NGỪNG SỬ DỤNG CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE TRƯỚC ĐÂY**

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 sức khỏe 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 trả mỗi lần quý vị thăm khám bác sĩ (đồng thanh toán) đã tăng lên?

- Có
- Không
- Tôi đã không phải trả tiền khi thăm khám bác sĩ

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 những lần thăm khám bác sĩ?

- Có
- Không

8. Để được bảo hiểm y tế, một vài người đã phải tự bỏ tiền túi ra để trả tiền bảo phí (phí) hàng tháng cho chương trình bảo hiểm sức khỏe 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. 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

11. 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

12. 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 đối với việc chăm sóc, xét nghiệm hoặc điều trị?

- Có
- Không

13. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị gặp vấn đề khi nhận dịch vụ chăm sóc, xét nghiệm hoặc điều trị mà quý vị cần?

- Có  
 Không

14. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì quý vị gặp vấn đề khi yêu cầu chương trình bao trả khoản phí?

- Có  
 Không

15. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì bác sĩ hay các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế khác mà quý vị muốn thăm khám đã không nằm trong mạng lưới của chương trình này?

- Có  
 Không

16. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì bệnh viện hoặc phòng khám mà quý vị muốn tới không được chương trình này bao trả?

- Có  
 Không

17. 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào sẽ được bao trả và chi phí cho từng loại xét nghiệm hoặc điều trị cụ thể?

- Có  
 Không

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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 SỨC KHOẺ TRƯỚC ĐÂY

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

- Có  
 Không

24. 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

25. 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

26. 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

27. Có phải quý vị đã ngừng sử dụng chương trình trước đây bởi vì một chương trình khác đã cung cấp quyền lợi hoặc phạm vi bao trả tốt hơn (ví dụ: chăm sóc nha khoa hay thị lực, trợ thính, thẻ trả trước cho thuốc men và vật tư)?

- Có  
 Không

### THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ

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

- Xuất sắc  
 Rất tốt  
 Tốt  
 Tạm được  
 Kém

29. 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

30. 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

31. Trong 12 tháng qua, quý vị có đi khám bác sĩ hay cơ sở cung cấp dịch vụ 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 33

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

- Có
- Không

33. 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 35

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

- Có
- Không

35. 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"/> |

36. 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



37. 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

38. 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 màu hoặc người Mỹ gốc Phi
- Người bản xứ Hạ Uy Di hoặc người thuộc các Quần đảo Thái Bình Dương
- Người da trắng

39. 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):

40. 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 42

41. 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):

42. 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.**

**Trang này được cố ý để trống.**