

Chinese

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

2025 Prescription Drug Plan Survey

2025 聯邦醫療保險經驗調查

聯邦醫療保險調查說明

此調查將問到有關你及你在過去六個月內曾接受過的醫療服務。回答每一個問題時，請考慮你個人的情況以及你從當面、電話或視頻通話接受的醫療服務。請抽時間完成此項調查。你的答案對我們十分重要。請將已填寫你的答案的調查表放入隨附已付郵資的信封內，寄往 [SURVEY VENDOR]。

- 如果你更改了 2025 年的聯邦醫療保險計劃，請根據你在 2024 年最後六個月的聯邦醫療保險經驗回答問題。
- 回答所有問題時，請在答案的左方空格內填上『X』號，如下：

是

- 請確保在閱畢所有提供選擇的答案後才標示你的答案。
- 在這調查表中，你有時會被提示不用回答某些問題。在這情況下，你會看到一個箭頭和提示語，告訴你接下來要回答的下一個問題，例如：[→如答沒有，請前往第 3 題]。請看以下例子：

例子

1. 你現在有沒有佩戴助聽器？

有

沒有→如答沒有，請直接前往第 3 題

2. 你佩戴助聽器已有多久？

不足 1 年

1 至 3 年

超過 3 年

我沒有佩戴助聽器

3. 在過去 6 個月內，你曾患有頭痛嗎？

有

沒有

根據 1995 年減少用紙條例，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，否則不能要求任何人回應資訊的收集。這適用於強制的和自願的資訊收集。此資訊收集的 OMB 控制號碼是 0938-0732 (TBD 到期)。完成此資訊收集所需時間，估計是平均 10 分鐘，包括審視指示、搜集現存數據資源、收集所需數據、及完成和審視資訊收集的資訊。若你對有關時間上估計的準確性或對改良這表格有意見，請寫信到：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

1. 我們的記錄顯示，你 2024 年的處方是由背頁所列聯邦醫療保險處方藥物計劃承保。對嗎？

☐ 對 → 如答對，請直接前往
第 3 題

☐ 不對

2. 請在下面填寫你在 2024 年所持有的聯邦醫療保險處方藥物計劃的名字，並基於你從該計劃得到的經驗，填完此調查的餘下部分。（請用正楷填寫）

3. 在過去 6 個月內，醫生診所、藥房或你的處方藥物計劃有沒有人與你聯繫：

	有	沒有
a. 以確定你已領取了或再次領取了一個處方？	☐	☐
b. 以確定你已依從指示吃藥？	☐	☐

4. 在過去 6 個月內，你多經常能容易獲得你醫生開出的處方藥物？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次
☐ 在過去 6 個月內，我沒有通過我的處方藥物計劃去獲得任何藥物

5. 在過去 6 個月內，你有沒有通過你的處方藥物計劃在當地藥房取得藥物？

☐ 有
☐ 沒有 → 如答沒有，請直接前往
第 7 題

6. 在過去 6 個月內，你多經常能容易你的通過處方藥物計劃在當地藥房取得處方藥物？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

7. 在過去 6 個月內，你有沒有通過你的處方藥物計劃以郵遞方式取得藥物？

☐ 有
☐ 沒有→如答沒有，請直接前往
第 9 題

8. 在過去 6 個月內，你多經常能容易地通過你的處方藥物計劃以郵遞方式取得處方藥物？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

9. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 為最差的處方藥物計劃，10 為最好的處方藥物計劃，你會用哪一個數字來評定你的處方藥物計劃？

☐ 0 最差的處方藥物計劃
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 最好的處方藥物計劃

關於你

10. 一般來說，你會怎樣評定你的整體健康？

☐ 極好
☐ 非常好
☐ 好
☐ 一般
☐ 差劣

11. 一般來說，你會怎樣評定你的整體精神或情緒健康？

☐ 極好
☐ 非常好
☐ 好
☐ 一般
☐ 差劣

12. 您在家裡主要說哪種語言？

☐ 英語
☐ 西班牙語
☐ 中文
☐ 韓語
☐ 塔加拉語
☐ 越南語
☐ 其他語言 → 請用正楷：

13. 在過去 6 個月內，你有沒有在醫院裡住一晚或多晚？

☐ 有
☐ 沒有

14. 在過去 6 個月內，你有沒有因為覺得不能負擔費用而延遲或不領取某處方藥物？

☐ 有
☐ 沒有
☐ 在過去 6 個月內，我的醫生沒有給我開任何處方藥物

15. 有沒有醫生曾告訴你，你有下列任何症狀？

	有	沒有
a. 心臟驟停？	☐	☐
b. 心絞痛或冠狀心臟病？	☐	☐
c. 高血壓？	☐	☐
d. 癌症， <u>皮膚癌</u> 除外？	☐	☐
e. 氣腫、哮喘或 COPD (慢性阻塞性肺病)？	☐	☐
f. 任何一類糖尿病或高血糖？	☐	☐

16. 你在走路或爬樓梯方面是否有嚴重困難？

☐ 有
☐ 沒有

17. 你在穿衣服或洗澡方面是否有困難？

☐ 有
☐ 沒有

18. 你是否因為身體、精神或情緒方面的病況而難以單獨外出辦事，例如看醫生或購物？

☐ 有
☐ 沒有

19. 你已完成的最高教育水平是什麼？

☐ 8 年級或更低
☐ 部分高中，但沒畢業
☐ 高中畢業或 GED (普通教育文憑)
☐ 部分大學或 2 年學位
☐ 4 年大學畢業
☐ 超過 4 年大學學位

20. 你是不是原籍西班牙或拉丁或其後代？

☐ 是，西班牙或拉丁
☐ 不是，非西班牙或拉丁

21. 你的種族是什麼？請選一項或多項。

☐ 美國印第安人或阿拉斯加土著
☐ 亞洲人
☐ 黑人或非裔美國人
☐ 夏威夷土著或其他太平洋島嶼人
☐ 白人

22. 目前包括你在內，你家裡共有多少人住？

☐ 1 個
☐ 2 至 3 個
☐ 4 個或以上

23. 你在家中會使用網路嗎？

- ☐ 有
- ☐ 沒有

24. 聯邦醫療保險計劃可以對你進行跟進，以收集更多有關你的醫療服務的資訊，或是邀請你參加一個與醫療服務主題相關的團體討論或訪談嗎？

- ☐ 可以
- ☐ 不可以

25. 有沒有人幫助你完成這項調查？

- ☐ 有
- ☐ 沒有→謝謝。請把填妥的調查放入已付郵資的信封內寄回

26. 那人怎樣幫助你？請選一項或多項。

- ☐ 把問題讀給我聽
- ☐ 寫下我給的答案
- ☐ 代我回答問題
- ☐ 把問題翻譯成我所用的語言
- ☐ 以其他方式提供幫助

謝謝

請把填妥的調查放入已付郵資的信封內寄回。

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Contract Name: _____

[OPTIONAL]

你也可以通過以下方式之一了解你的計劃：