

2027 年符合资格健保计划 (Qualified Health Plan)

投保人的体验调查

中文版

2027 年符合资格健保计划 (Qualified Health Plan) 投保人的体验调查

简介

我们邀请您完成这项调查，说明您使用 [Qualified Health Plan ISSUER NAME] 的体验。请依据您于 2026 年 7 月到 12 月使用健保计划的体验回答调查问卷中的问题。

您的隐私会受到保护。您的意见不会公开并且仅会用于本调查。您的回答将汇集到资料库中。除非法律规定，否则我们不会与任何人分享您的姓名或答案。

您的参与纯属自愿。您不必回答任何您不想回答的问题。如果选择不回答，不会影响您取得的任何福利。

完成后该怎么办。填妥调查问卷后，请将问卷放入所提供的信封中，封好并寄回 [VENDOR ADDRESS]。

有疑问时该怎么办。[Qualified Health Plan ISSUER NAME] 已和 [VENDOR NAME] 签订合同进行这项调查。如果您对本调查有任何疑问，请于周一到周五 (不包括联邦假期) [VENDOR LOCAL TIME] 上午 [XX:XX] 到下午 [XX:XX] 拨打免付电话 (XXX) [XXX-XXXX] 或寄电子邮件至 [VENDOR EMAIL]。

调查说明

回答问题的方式是在适用选项左边的方框中做记号。

有时会告诉您要跳过调查中的部分问题。有这种情况时，您将会看到一个附加说明箭头，指示您下一个该回答的问题，如下所示：

☐ 是

☒ 否 → 如为「否」，请前往 #1

依据 1995 年文书减量法案规定，除非资讯收集显示有效的管理与预算办公室 (Office of Management and Budget, OMB) 控制编号，否则任何人都不必作答。本资讯收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1221；此控制编号有效至 09/30/2026。本资讯收集填写所需时间预估每次做答平均 10 分钟，包括阅读指示说明、搜寻现有资料资源、取得所需资料，以及填写和阅读资讯收集内容。如果您有关于预估时间准确性的意见或改善本表格的建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

1. 我们的纪录显示，您目前加入的是 处于首页上的健保计划。是否正确？

¹ ☐ 是 → 如为「是」，请前往 #3
² ☐ 否

2. 您健保计划的名称是什么？

请以正楷填写：

您的健保计划

以下一系列问题将询问您对您健保计划的体验。
请依据您于 2026 年 7 月到 12 月使用健保计划的
体验回答问题。

3. 在过去 6 个月中，您多常在书面资料或网络上找到您所需的关于您健保计划如何运作的资讯？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是
⁹⁹ ☐ 不适用；我没有寻找关于健保计划的任何资讯

4. 在过去 6 个月中，您多常通过您的健保计划了解您需为健康医疗保健服务或器材支付多少费用？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是
⁹⁹ ☐ 不适用；我没有去了解需为健康医疗保健服务或器材支付多少费用

5. 在过去 6 个月中，您多常通过您的健保计划了解您需为特定处方药物支付多少费用？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是
⁹⁹ ☐ 不适用；我没有寻找关于需为处方药物支付多少费用的任何资讯

6. 在过去 6 个月中，您是否曾试图从您健保计划的客户服务部取得您所需的资讯或帮助？

¹ ☐ 是
² ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #10

7. 您多常从您健保计划的客户服务部取得您所需的资讯或帮助？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是

8. 您健保计划的客户服务部职员多常以礼貌和尊重的方式对待您？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是

9. 您等待与您健保计划的客户服务部职员通话的时间多常超过预期？

¹ ☐ 从未
² ☐ 有时
³ ☐ 经常
⁴ ☐ 总是

10. 在过去 6 个月中，您健保计划是否曾给您任何表格让您填写？

1 ☐ 是

2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #15

11. 您健保计划给您填写的表格容易填写的频率有多高？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

12. 在您填写表格前，健保计划多常向您解释表格的目的？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

13. 您需要填写的表格多常以您惯用的语言提供？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

14. 您需要填写的表格多常以您所需的格式，例如大字体或盲文，提供？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

99 ☐ 不适用；不需要不同格式的表格

15. 在过去 6 个月中，您的健保计划多常未支付您医师说您需要的医疗保健？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

16. 在过去 6 个月中，您多常需要自己支付您认为您的健保计划会支付的医疗保健？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

17. 在过去 6 个月中，您多常因担忧费用问题而延迟或取消向医师求诊？请不要包括牙科医疗保健。

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

18. 在过去 6 个月中，您多常因担忧费用问题而延迟或取消补充处方药物？

1 ☐ 从未

2 ☐ 有时

3 ☐ 经常

4 ☐ 总是

19. 您对健康保险词汇的理解自信程度为何？

1 ☐ 完全没有自信

2 ☐ 有点自信

3 ☐ 自信程度居中

4 ☐ 非常有自信

20. 您有多大自信认为您了解对您来说使用健康保险所需要了解的大部分事项？

1 ☐ 完全没有自信

2 ☐ 有点自信

3 ☐ 自信程度居中

4 ☐ 非常有自信

21. 使用从 0 到 10 中任何一个数字，0 代表可能存在的最糟健保计划，10 代表可能存在的最佳健保计划，您会用哪个数字来评价过去 6 个月中您健保计划的表现？

- ☐ 0 代表可能存在的最糟健保计划
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 代表可能存在的最佳健保计划

您过去 6 个月中的健康医疗保健情况

以下问题将询问您的健康医疗保健相关情况。这些包括您在诊所、急诊室、医师办公室、通过面对面、电话或视频方式所得到的健康医疗保健。请**不要**包括您在医院过夜时所取得的医疗保健。请**不要**包括您的牙科医疗保健看诊。请依据您于 2026 年 7 月到 12 月使用健保计划的体验回答问题。

22. 在过去 6 个月中，当您在急诊室、医师办公室或诊所**需要立即取得医疗保健**时，您多常能在需要时尽快取得面对面、电话或视频方式的医疗保健？

- ¹ ☐ 从未
- ² ☐ 有时
- ³ ☐ 经常
- ⁴ ☐ 总是
- ⁹⁹ ☐ 不适用；不需要立即取得医疗保健

23. 在您需要**常规检查或例行医疗保健**时，您多常能够及时在医师办公室或诊所获得面对面、电话、或视频方式的就诊预约？

- ¹ ☐ 从未
- ² ☐ 有时
- ³ ☐ 经常
- ⁴ ☐ 总是
- ⁹⁹ ☐ 不适用；没有预约就诊

24. **不算**您前往急诊室的次数，您前往医师办公室或诊所通过面对面、或电话或视频的方式为自己取得健康医疗保健多少次？

- ☐ 没有 → 如为「没有」，请前往 #27
- ☐ 1 次
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 到 9 次
- ☐ 10 次或以上

25. 您多常能以面对面、电话、或视频的形式轻松取得所需的医疗保健、检查或治疗？

- ¹ ☐ 从未
- ² ☐ 有时
- ³ ☐ 经常
- ⁴ ☐ 总是

26. 口译员是帮助您与不会您语言的其他人交流的人员。在过去 6 个月中，当您于医师办公室或诊所通过面对面、电话、或视频的方式就诊时需要口译员时，您多常能取得口译员帮助？

- ¹ ☐ 从未
- ² ☐ 有时
- ³ ☐ 经常
- ⁴ ☐ 总是
- ⁹⁹ ☐ 不适用；不需要口译员

27. 使用从 0 到 10 中任何一个数字，0 代表可能存在的最糟健康医疗保健，10 代表可能存在的最佳健康医疗保健，您会用哪个数字来评价您过

去 6 个月中通过面对面、电话、或视频方式取得的所有健康医疗保健？

- ☐ 0 代表可能存在的最糟健康医疗保健
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 代表可能存在的最佳健康医疗保健

您的个人医师

以下问题将询问您的个人医师的相关情况。请依据您于 2026 年 7 月到 12 月使用健保计划的体验回答问题。

28. 个人医师是您需要检查，希望获取健康问题相关建议，或者生病或受伤时向其求诊的医师。您是否有个人医师？

- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #44

29. 在过去 6 个月中，为了方便您不需要亲自探望他们的办公室或设施，您的个人医师是否提供电话或视频方式的就诊？

- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否
- 3 ☐ 不知道

30. 您向您的个人医师通过面对面、电话或视频方式求诊、为自己取得医疗保健多少次？

- ☐ 没有 → 如为「没有」，请前往 #44
- ☐ 1 次
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 到 9 次
- ☐ 10 次或以上

31. 您的个人医师多常以易于理解的方式为您做出解释？

- 1 ☐ 从未
- 2 ☐ 有时
- 3 ☐ 经常
- 4 ☐ 总是

32. 您的个人医师多常仔细听您讲话？

- 1 ☐ 从未
- 2 ☐ 有时
- 3 ☐ 经常
- 4 ☐ 总是

33. 您的个人医师多常对您讲的话表示尊重？

- 1 ☐ 从未
- 2 ☐ 有时
- 3 ☐ 经常
- 4 ☐ 总是

34. 您的个人医师多常花足够的时间为您看诊？

- 1 ☐ 从未
- 2 ☐ 有时
- 3 ☐ 经常
- 4 ☐ 总是

35. 当您接受您的个人医师的面对面、电话、或视频方式的就诊时，他或她多常准备了您的病历或其他与您的医疗保健相关的资料？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

36. 在过去 6 个月中，您的个人医师是否为您要求进行验血、X 光或其他检查？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #39

37. 当您的个人医师为您开出验血、X 光或其他检查时，您个人医师办公室的职员多常与您追踪后续情况、为您提供相关结果？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

38. 当您的个人医师为您开出验血、X 光或其他检查时，您多常能在需要时尽快取得结果？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

39. 您和您的个人医师多常讨论您在服用的所有处方药物？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是
99 ☐ 不适用；没有服用任何处方药物

40. 在过去 6 个月中，您是否曾从超过一种健康医疗保健服务提供者处取得面对面、电话、或视频方式的医疗保健或使用超过一种健康医疗保健服务？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #43

41. 您是否需要您个人医师办公室职员的帮助管理您的医疗保健，协调上述服务提供者和服务？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #43

42. 您多常取得您所需的帮助，让您个人医师的办公室管理您的医疗保健，协调上述服务提供者和服务？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

43. 使用从 0 到 10 中任何一个数字，0 代表可能存在的最糟个人医师，10 代表可能存在的最佳个人医师，您会用哪个数字来评价您的个人医师？

- ☐ 0 代表可能存在的最糟个人医师
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 代表可能存在的最佳个人医师

从专科医师处取得健康医疗保健

回答以下问题时，包括您在 2026 年 7 月到 12 月于诊所，急诊室，医生办公室，通过面对面、电话或视频方式获得的护理。请**不要**包括牙科看诊或您在医院过夜时所取得的医疗保健。

44. 专科医师是专职于健康医疗保健某领域的医师，如外科医师、心脏科医师、过敏科医师、皮肤科医师等。在过去 6 个月中，您是否试图预约专科医生？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #49

45. 您多常能在需要时尽快取得面对面、电话、或视频方式的专科医师就诊？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是

46. 您在过去 6 个月中曾向多少专科医师通过面对面、电话或视频方式求诊？

☐ 没有 → 如为「没有」，请前往 #49

- ☐ 1 位专科医师
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 位或更多专科医师

47. 您的个人医师多常表现出了解您从专科医师处接受医疗保健的最新情况？

- 1 ☐ 从未
2 ☐ 有时
3 ☐ 经常
4 ☐ 总是
99 ☐ 不适用；我没有个人医师

48. 我们希望了解您对过去 6 个月中您最常求诊的专科医师的评价。使用从 0 到 10 中任何一个数字，0 代表可能存在的最糟专科医师，10 代表可能存在的最佳专科医师，您会用哪个数字来评价您的专科医师？

- ☐ 0 代表存在的最糟专科医师
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 代表存在的最佳专科医师

您的相关个人信息

49. 总体来说，您如何评价您的整体健康？

- 1 ☐ 极好
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 不好

50. 总体来说，您如何评价您的整体心理或情绪健康？

- 1 ☐ 极好
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 不好

51. 在过去 6 个月中，您是否曾因相同病况或问题而取得 3 次或以上健康医疗保健？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #53

52. 该病况或问题是否持续至少 3 个月时间？请
不要包括怀孕或绝经。

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

53. 您目前是否需要或服用由医师开立处方的药物？请不要包括避孕药。

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否 → 如为「否」，请前往 #55

54. 该药物是否用于治疗持续至少 3 个月的病况？请不要包括怀孕或绝经。

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

55. 您是否耳聋或有严重听力障碍？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

56. 您是否眼盲或即使配戴眼镜却仍有严重视力障碍？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

57. 您是否因生理、心理或情绪状况而对集中精力、记住人或事，或做决定有严重困难？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

58. 您是否对行走或爬楼梯有严重困难？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

59. 您是否因生理、心理或情绪状况而对穿衣或洗澡有严重困难？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

60. 您是否因生理、心理或情绪状况而对独自办事有严重困难，例如造访医师办公室或购物？

- 1 ☐ 是
2 ☐ 否

61. 您的年龄为何？

- 1 ☐ 18 到 24 岁
2 ☐ 25 到 34 岁
3 ☐ 35 到 44 岁
4 ☐ 45 到 54 岁
5 ☐ 55 到 64 岁
6 ☐ 65 到 74 岁
7 ☐ 75 岁或以上

62. 您的性别为何？

- 1 ☐ 男性
2 ☐ 女性

63. 你已完成的最高年级或教育水平为何？

- 1 ☐ 8 年级或更低
2 ☐ 上过高中，但未毕业
3 ☐ 高中毕业生或 GED
4 ☐ 上过大学或 2 年文凭
5 ☐ 4 年制大学毕业生
6 ☐ 超过 4 年大学学历

64. 以下哪项最能描述您的聘雇状态？请仅标记一项。

- 1 ☐ 全职工作
2 ☐ 兼职工作
3 ☐ 家庭主妇 / 家庭主夫
4 ☐ 全职学生
5 ☐ 退休
6 ☐ 因健康原因无法工作
7 ☐ 失业
8 ☐ 其他

65. 您的种族和族裔是什么？请标记一或多项。

- 1 ☐ 美国印地安人或阿拉斯加原住民
- 2 ☐ 亚裔
- 3 ☐ 黑人或非裔美国人
- 4 ☐ 西班牙裔或拉丁裔
- 5 ☐ 中东或北非
- 6 ☐ 夏威夷原住民或太平洋岛民
- 7 ☐ 白种人

66. 是否有人帮助您填写本调查？

- 1 ☐ 是
- 2 ☐ 否 → 谢谢您。请使用已付邮资的信封将填妥的调查问卷寄回。

67. 这个人是如何帮助您的？请标记一或多项。

- 1 ☐ 把问题念出来给我听
- 2 ☐ 写下我提供的答案
- 3 ☐ 为我回答问题
- 4 ☐ 将问题翻译成我的语言
- 5 ☐ 以其他方式提供帮助

谢谢您。

请使用已付邮资的信封将填妥的调查问卷寄回。

CMS 无障碍沟通

CMS 提供免费的辅助工具和服务，包括通过无障碍格式提供的信息，例如盲文、大字体、数据或音频文件、电讯转接服务和听障服务 (TTY) 通信。如果您向 CMS 请求无障碍格式的信息，您不会因为提供该信息所需要的额外时间而受到不利的影响。这意味着，如果在满足您的需求的时间上有延迟，您将获得额外的时间来采取任何行动。

如需要关于 Medicare 和 Marketplace 的无障碍格式的信息，您可以：

1. 致电我们：

- 关于 Medicare: 1-800-MEDICARE ((1-800-633-4227)

TTY 听障服务专线: 1-877-486-2048

- 关于 Marketplace：1-800-318-2596

TTY 听障服务专线: 1-855-889-4325

2. 给我们发电子邮件至：altformatrequest@cms.hhs.gov

3. 给我们发传真至：1-844-530-3676

4. 给我们写信至：Centers for Medicare & Medicaid Services Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20 Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

您的请求中应包括您的姓名、电话号码、您需要的信息类型（如果已知）以及我们向您发送材料的邮寄地址。我们可能会联系您以取得更多信息。

非歧视通知

联邦医疗保险与医疗辅助服务中心（CMS）不会因种族、肤色、国籍、残疾、性别、或年龄而排除或拒绝向任何人提供福利或歧视任何人。这包括取得、参与、或收到 CMS 任何计划或活动下的服务和福利，无论是由 CMS 直接执行、通过承包商、或由 CMS 安排的与其合作的任何其他实体执行。

如果您对于获取以您可以使用的格式提供的信息有任何疑问，您可以通过本通知中包含的任何方式联系 CMS。

如果您认为自己在 CMS 的计划或活动中受到歧视，包括从任何 Medicare Advantage 计划、Medicare 处方药计划、州或当地 Medicaid 办公室、或 Marketplace 合格健康保险计划以无障碍格式获取信息时遇到问题，您也可以提出投诉。您可以通过三种方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉：

1. 网络：

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

2. 电话：

请致电 1-800-368-1019。TTY 用户可以拨打 1-800-537-7697。

3. 以书信形式：请将有关您的投诉的信息发送至：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201