

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

2024 Prescription Drug Plan Survey Web Specifications CHINESE VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- Display only one survey item per screen
- When displayed, "返回" button appears in the lower left of each screen
- When displayed, "下一頁" button appears in the lower right of each screen
- Every question has a color or shaded header
- All questions can be paged through without requiring a response
- When survey is submitted sample member should be re-directed to CMS home page <https://www.cms.gov>
- Starting at Q1 display a progress bar at the top left or right of each screen

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY

歡迎參與聯邦醫療保險體驗問卷調查

Please type in the survey code that is printed on the letter you received, and click NEXT below.

請輸入您收到的信函上的問卷代碼，再點擊下方的「下一頁」按鈕。

Survey code from letter/信函中的問卷代碼: _____

NEXT / 下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- SAMPLE MEMBERS WHO ENTER URL FROM LETTER START WITH THIS SCREEN]

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY
歡迎參與聯邦醫療保險體驗問卷調查

This survey asks about you and your experience with your Medicare prescription drug plan.

本問卷詢問有關您及您對於聯邦醫療保險醫療計劃的體驗。

- Continue in English
- 以中文繼續問卷調查

NEXT / 下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- SAMPLE MEMBERS WHO CLICK ON URL/PIN FROM EMAIL START WITH THIS SCREEN*
- A RESPONSE OF "以中文繼續問卷調查" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE CHINESE VERSION OF THE SURVEY]*

歡迎參與聯邦醫療保險體驗問卷調查

本問卷詢問有關您和您在過去 6 個月內所接受的醫療服務的體驗。回答每個問題時，請思考您在當面看診、透過電話或視頻通話時所接受的醫療服務的情形。懇請撥冗完成本問卷調查。您的回答對我們至關重要。

- 如果你更改了 2024 年的聯邦醫療保險計劃，請根據你在 2023 年最後六個月的聯邦醫療保險經驗回答問題。
- 本問卷調查的作答時間約需 10 分鐘。
- 參與本問卷調查純屬自願
- 您可以略過您不想回答的任何問題。
- 您可隨時退出本問卷調查
- 您的答案將受到保密

如果您對本問卷調查有任何疑問，請發送電子郵件至 [VENDOR EMAIL] 或撥打免費電話：[VENDOR PHONE] 聯絡我們。

點擊「開始」即可開始作答。

開始

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *START BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*

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。這適用於強制和自願的資訊收集。此資訊收集的 OMB 控制號碼是 **0938-0732** (2025 年 1 月 31 日到期)。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時間。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。

你的 2023 處方藥物保險計劃

1. 我們的記錄顯示，你 2023 年的處方藥物是由下列聯邦醫療保險處方藥物計劃[MARKETNAME]承保。對嗎？

- 有
- 沒有

返回

下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "有" AT 1 SKIPS TO 3]

你的 2023 處方藥物保險計劃

2. 請在下面輸入你在 2023 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。

返回

下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- OPEN END; ALLOW RESPONSE OF UP TO 50 CHARACTERS
- DISPLAY TEXT BOX WITH BORDERS FOR RESPONSE]

你的處方藥物保險計劃

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？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 以確定你已依從指示吃藥？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

返回

下一頁

你的處方藥物保險計劃

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

[返回](#)

[下一頁](#)

你的處方藥物保險計劃

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

[返回](#)

[下一頁](#)

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "沒有" AT 5 SKIPS TO 7]*

你的處方藥物保險計劃

6. 在過去 6 個月內，你多經常能容易通過你的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

[返回](#)

[下一頁](#)

你的處方藥物保險計劃

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

返回

下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "沒有" AT 7 SKIPS TO 9]*

你的處方藥物保險計劃

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

返回

下一頁

你的處方藥物保險計劃

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

[返回](#)

[下一頁](#)

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

[返回](#)

[下一頁](#)

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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（請註明）： [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

16. 你在走路或爬樓梯方面是否有嚴重困難？

- 有
- 沒有

返回

下一頁

關於你

17. 你在穿衣服或洗澡方面是否有困難？

- 有
- 沒有

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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

返回

下一頁

關於你

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

[返回](#)

[下一頁](#)

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- 21 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

關於你

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

[返回](#)

[下一頁](#)

關於你

23. 你在家中會使用網路嗎？

- 有
- 沒有

[返回](#)

[下一頁](#)

關於你

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？

- 有
- 沒有

返回

下一頁

關於你

25. 有沒有人幫助你完成這項調查？

- 有
- 沒有

返回

下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "沒有" AT 25 SKIPS TO Thank You]*

關於你

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

返回

下一頁

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *26 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

謝謝

您已來到本問卷調查結尾部分。如果您已經完成作答，請點選「提交」以關閉本問卷調查。感謝您撥冗參與。

提交

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- SUBMIT BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*