

Chinese

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

Frequently Asked Questions for Customer Support

Overview

The questions and responses in this document have been compiled to assist survey vendor staff in responding to frequently asked questions (FAQs) related to the Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (MA & PDP) CAHPS Survey. Answers have been provided to general questions about the survey, concerns about participating in the survey and questions about completing the survey.

Note: Survey vendors conducting the MA & PDP CAHPS Survey and plans participating in the survey initiative must NOT attempt to influence or encourage beneficiaries to answer survey questions in a particular way. Please refer to the "Program Requirements" section of the Quality Assurance Protocols & Technical Specifications V16.0 for more information on communicating with beneficiaries about the MA & PDP CAHPS Survey.

Note: Survey vendors should follow their own standard procedures for handling information provided by a beneficiary either by mail or by phone that may suggest a beneficiary's health or well-being is at risk.

I. General Questions About the Survey

➤ 這項調查由誰進行？

我是來自[SURVEY VENDOR NAME]的訪問員。[HEALTH OR DRUG PLAN]要求我們的組織進行這項調查，以便獲取他們參加計劃人的回饋意見。

➤ 這項調查由誰贊助？

這項調查由聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）贊助。該聯邦機構隸屬於美國衛生及公共服務部。此項調查旨在蒐集您對所接受照護的意見與回饋。您對問卷的回覆將用於改善 Medicare（美國聯邦醫療保險）服務，並協助其他 Medicare 受益人在選擇適合的健康保險方案時做出更明智的決定。

➤ CMS 是什麼？

CMS 代表聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心。它是一個監管聯邦醫療保險（即 Medicare）和州立醫療補助（即 Medicaid）的聯邦機構。這個聯邦機構隸屬於美國衛生及公共服務部。

➤ **這項調查的目的是什麼？**

這項調查蒐集您透過 Medicare（美國聯邦醫療保險）所接受之醫療照護與處方藥給付服務中重要面向的經驗資料。Medicare 使用這些資訊來提供有關參加計劃人獲得的醫護保健品質的資訊。這些資訊能協助其他人在評估並決定哪一種 Medicare 選項最適合其需求時，作為參考依據。

➤ **收集的資料將如何使用？**

調查的資料比較消費者在醫護保健和處方藥物計劃服務方面的經驗。調查資料將在 Medicare & You 手冊以及 Medicare Plan Finder (www.medicare.gov) 發布。透過參與這項調查，您將幫助聯邦醫療保險改善醫護保健服務。

➤ **我如何確認這是合法的調查？**

您可以致電 1-800-MEDICARE 向聯邦醫療保險確認這項調查的合法性。

➤ **我可以聯絡什麼政府機構來了解有關這項調查的更多資訊？**

您可以致電 1-800-MEDICARE 聯絡聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS），它是隸屬於美國衛生及公共服務部的聯邦機構。

➤ **完成這項調查需要多少時間？**

完成聯邦醫療保險調查大約需要 10 至 15 分鐘。*NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER THE MA & PDP CAHPS SURVEY IS INTEGRATED WITH HEALTH OR DRUG PLAN-SPECIFIC QUESTIONS.*

➤ **將會問及什麼問題？**

這項調查的問題是關於您從健康或處方藥物計劃中獲得服務的經驗。

➤ **我是否應考慮透過電話或視訊通話接受的醫護保健？**

是。請回答每個問題時想一想你當面、透過電話或視訊通話接受醫護保健時的情形。

➤ **我已經把調查寄回了／我已經在線上完成調查了。**

我們的記錄顯示我們尚未收到您完成的調查。您的回答非常重要，我們想確保與聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）分享您的回饋意見。如果您現在能在電話上完成這項調查，我們將非常感激。

- 我剛剛完成了另一個調查。我需要做這個嗎？

聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）是美國衛生及公共服務部的一個聯邦機構，向聯邦醫療保險參加計劃人進行多項調查，例如聯邦醫療保險健康狀況問卷調查或醫療保健提供者的經驗調查。您可能已完成其中一項 CMS 調查。這是一項不同的調查，會收集您在醫護保健和處方藥物計劃服務的重要經驗。如果您現在能在電話上完成這項調查，我們將非常感激。

- 我的[LANGUAGE]說得不好。你們可以寄一份[LANGUAGE]調查給我嗎？

目前聯邦醫療保險經驗調查沒有[LANGUAGE]版本。我們已記錄您的請求，並將傳達給聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心，以供將來的調查考慮。感謝您的時間。

II. Concerns About Participating in the Survey

- 你們為什麼打電話給我？我沒有聯邦醫療保險。我是[HEALTH OR DRUG PLAN]的會員。

您的計劃與聯邦醫療保險簽訂合約以提供服務。您提供的答案將有助於聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）改進健康和處方藥物計劃的護理品質。您的參與非常重要。

- 我有聯邦醫療保險，而且我沒有參加[HEALTH OR DRUG PLAN]。我覺得我不應該回答這些問題。

請根據您對聯邦醫療保險的經驗回答問題。您提供的答案將有助於聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）了解您和其他參加計劃人獲得的護理品質。您的參與非常重要。

- 我更換了聯邦醫療保險計劃，不再屬於[HEALTH OR DRUG PLAN]。我覺得我不應該回答這些問題。

如果您更換了 2026 年的聯邦醫療保險計劃，請根據您在 2025 年最後六個月的聯邦醫療保險經驗回答問題。您提供的答案將有助於聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）了解您和其他參加計劃人獲得的護理品質。您的參與非常重要。

➤ 誰會看到我的答案？

您的答案將會保密，只有聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）以及[SURVEY VENDOR]的授權人員才會看到。

➤ 我以為隱私法會保護我的機密。你們如何得到我的聯絡和醫療資訊？

我們進行的調查完全遵守隱私法，亦稱為 HIPAA（健康保險可攜性與責任法案）。我們獲得聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）授權進行這項調查，並對所有資訊保密。

➤ 你們如何取得我的名字？如何選擇我參加本次調查？

您的名字是從您的計劃裡所有聯邦醫療保險的參加計劃人中隨機選出的。

➤ 你們如何取得我的電子郵件信箱／電話號碼？

聯邦醫療保險提供所有隨機選出的參加計劃人的聯絡資訊。

➤ 我不參加任何調查。

我了解。但是希望您能考慮參加。這項研究對[HEALTH OR DRUG PLAN]非常重要。調查結果將幫助聯邦醫療保險了解您獲得的醫護保健和處方藥物服務的品質。

➤ 我不感興趣。

[HEALTH OR DRUG PLAN]真的可以從您的幫助受益。您的參與將有助於改善其他參加計劃人的醫護保健和處方藥物服務。

➤ 我非常忙碌。我真的沒有時間。

您的時間很寶貴。這是一項非常重要的調查，我會真的很感謝您今天的幫助。這項訪問大約需要 15 分鐘。我可以安排在您更方便的時間進行訪問。

➤ 你打的是我的手機號碼。你能不能在[ENROLLEE SPECIFY]之後再打過來？這樣就不會佔用我的手機通話時間。

可以，我們可以在[ENROLLEE SPECIFY]打電話回來。

[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE ENROLLEE'S SPECIFIED TIME]
Set a future date and time for the telephone interview.

➤ 我不想回答很多個人問題。

我們明白您的擔憂。這是一個很重要的調查。如果某個問題讓您感到困擾，請告訴我您不想回答，我將繼續問下一個問題。我們不如現在開始，您可以看看問題是怎樣的？

➤ 我對[HEALTH OR DRUG PLAN]非常不滿意，我不明白為什麼我要幫助他們進行這項調查。

很抱歉聽到您不滿意。透過參加這項調查，您將會幫助健康或處方藥物計劃瞭解哪些方面需要改進。

➤ 我是否必須完成這項調查？

您的參與屬於自願。不參加也不會有任何懲罰。請明白，這是一項非常重要的調查，您的回答將幫助我們改善 [HEALTH OR DRUG PLAN]提供的服務品質，並可幫助其他消費者在選擇健康或處方藥物計劃時做出知情決定。

➤ 如果我回答這項調查問卷，我會不會收到垃圾／詐騙郵件？

不會，參加這項調查不會讓您收到任何垃圾或詐騙郵件。我們對姓名、電話號碼、電子郵件信箱和地址嚴格保密，並且只會用於這項調查的目的。

➤ 我不希望有人到我家來。

沒有人會來到您家。這項調查透過網路、郵件或電話訪問來收集資訊。

➤ 我的名字列在「禁止撥打電話名單」上。你不應該打電話給我。

「禁止撥打電話名單」禁止電話銷售和做市場推廣。我們不銷售任何東西，也不會要求您付錢。我們是一家調查研究公司。聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）要求我們幫助進行這項調查。

➤ 我不想買任何東西。

我們不會銷售任何東西。我們想問您一些有關[HEALTH OR DRUG PLAN]提供的護理和服務的問題。

➤ 我很少生病。我想你不會希望和我交談。

被選中參加這項調查的每個人都提供非常重要的資訊，有助於改善健康和藥物服務。

➤ 我的答案會不會影響我的醫生？

您的醫生不會看到您的調查回答。

➤ 我還沒有用過 [HEALTH OR DRUG PLAN]。我應該回答這些問題嗎？

是的，即使您沒有用過計劃中的任何健康或藥物服務，您提供的任何資訊都會有所幫助。

➤ 我有退伍軍人保險。我不認為這項調查適用於我。

雖然您有退伍軍人保險，但聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）記錄顯示您也參加了(HEALTH PLAN)。即使您不使用這個健保計劃，您透過回答調查提供的資訊也會給 CMS 資訊，對於確保聯邦醫療保險參加計劃人的優質護理非常重要。

III. Questions About Completing the Survey

➤ 我應該把我的名字和地址寫在問卷的哪裡？

請勿在調查問卷上任何地方寫上您的姓名或地址。每份調查都有一個識別號碼，以便我們能夠追蹤哪一些參加計劃人已經寄回完成的問卷。

➤ **Survey Vendor receives an inbound call prior to the start of the inbound CATI component of survey administration such as the following:**

我收到一封信，通知我將[透過郵件/電子郵件]收到一項問卷調查。我現在可以在電話上完成問卷調查嗎？

我們目前無法透過電話完成問卷調查。在您[透過郵件/電子郵件]收到問卷調查後，您可以回電以透過電話完成問卷調查。如果您沒有透過郵寄或線上方式交回填妥的問卷調查，我們將在稍後透過電話與您聯絡。

➤ **AFTER SECOND SURVEY MAILING:** 你可以再寄一份調查給我嗎？

對不起，我們目前無法再寄出一份問卷。您的回答非常重要，我們想確保與聯邦醫療保險及各州醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，即 CMS）分享您的回饋意見。如果您現在能在電話上完成這項調查，我們會非常感激。

- 我無法自己完成這項調查。我可以讓我的_____幫助我嗎？

如果您覺得自己無法完成這項調查，您可以請人代您或幫助您完成。這個人必須非常了解您，而且如果獲得您的批准，能夠準確地代您回答有關健康的問題。通常這個人是家人或親戚，但也可以是照顧者或好友。

CONDUCTING A PROXY INTERVIEW

While enrollees are encouraged to respond directly to the survey, not all elderly or disabled respondents are able to do so. In such cases, proxy responses are acceptable. A family member or other proxy may complete the survey for the enrollee. The interviewer must obtain the enrollee's permission to have a proxy respondent assist him/her. If the interviewer is unable to speak to the enrollee directly in order to obtain permission and identify a proxy respondent, do not proceed with the interview.

- 線上／郵寄的調查問卷裡沒有地方讓我填寫對我的健保計劃的意見。我可以把意見告訴你們嗎？

很抱歉，我們的系統無法記錄對健保計劃的意見。如果您想分享有關您的健保計劃的任何額外意見，請撥打 1-800-MEDICARE 與我們的代表談話。