

Chinese

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

2018 Medicare Advantage Plan Survey

**THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK**

2018 聯邦醫療保險經驗調查

此調查將問到有關你及你在過去六個月內曾接受過的醫護保健。回答每一個問題時，請考慮你個人的情況。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【調查公司】。

- 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。此資訊收集的 OMB 控制號碼是 **0938-0732** (2018 年 7 月 31 日到期)。完成此資訊收集所需時間，估計是平均 **15** 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。

1. 我們的記錄顯示，你 2017 年的保健服務是由背頁所列健保計劃承保。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 2017 年所持有的健保計劃的名字，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)



你過去 6 個月內的醫護保健

3. 在過去 6 個月內，你有沒有曾患病，受傷，或遇到某種情況需要立即前往診所或急症室醫得護理？

有

沒有→如答沒有，請直接前往第 5 題

4. 在過去 6 個月內，當你立即需要獲得護理的時候，你有多經常能夠及時得到你需要的護理？

永不

有時

通常

每次

5. 在過去 6 個月內，你有沒有在診所預約過體檢或者常規治療？

有

沒有→如答沒有，請直接前往第 7 題

6. 在過去 6 個月內，你多經常在你需要的時候就馬上在診所預約體檢或者常規治療？

永不

有時

通常

每次

7. 在過去 6 個月內，不包括你前往急症室的時候，你有多少次為了取得醫護保健而前往診所？

沒有→如答沒有，請直接前往第 9 題

1 次

2 次

3 次

4 次

5 至 9 次

10 次或更多

8. 等候時間包括在候診室及檢查室所花的時間。在過去 6 個月內，你多經常在所預約時間 15 分鐘內 見到你前往該處要見的人？
- 永不
 有時
 通常
 每次
9. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 代表最差的醫護保健，10 代表最好的醫護保健，你會用哪一個數字來評定你在過去 6 個月內的醫護保健？
- 0 最差的醫護保健
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 最好的醫護保健
10. 在過去 6 個月內，你多經常能容易地獲得你需要的護理、測試或治療？
- 永不
 有時
 通常
 每次

你的家庭醫生

11. 家庭醫生是指當你需要檢查，詢問健康問題，患病或受傷時會見的人。你有沒有一位家庭醫生？
- 有
 沒有→如答沒有，請直接前往第 27 題
12. 在過去 6 個月內，你曾經為獲得護理而求診家庭醫生多少次？
- 沒有→如答沒有，請直接前往第 27 題
 1 次
 2 次
 3 次
 4 次
 5 至 9 次
 10 次或更多
13. 在過去 6 個月內，你的家庭醫生會多經常以容易明白的方式向你說明情況？
- 永不
 有時
 通常
 每次
14. 在過去 6 個月內，你的家庭醫生會多經常細心聆聽你說話？
- 永不
 有時
 通常
 每次

15. 在過去6個月內，你的家庭醫生多經常對你所要說的話表示尊重？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

16. 在過去 6 個月內，你的家庭醫生多經常會花足夠的時間與你一起？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

17. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 為最差的家庭醫生，10 為最好的家庭醫生。你會用哪一個數字來評定你的家庭醫生？

- 0 最差的家庭醫生
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 最好的家庭醫生

18. 在過去的 6 個月內，當你在預約的時間去見你的家庭醫生時，他多經常能準備好你的醫療記錄或提供其他有關你的護理的資訊？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

19. 在過去的 6 個月內，你的家庭醫生有沒有為你安排驗血，照 X 光 或其他測試？

- 有
- 沒有→如答沒有，請直接前往第 22 題

20. 在過去 6 個月內，當你的家庭醫生為你安排驗血，照 X 光或其他測試時，你家庭醫生辦事處的人員多經常會跟進，把有關的結果告訴你？

- 永不→如答永不，請直接前往第 22 題
- 有時
- 通常
- 每次

21. 在過去 6 個月內，當你的家庭醫生為你安排驗血，照 X 光或其他測試時，你多經常能在你有需要時立即取得檢查結果？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

22. 在過去 6 個月內，你有沒有服用任何處方藥物？

- 有
- 沒有→如答沒有，請直接前往第 24 題

23. 在過去 6 個月內，你與你的家庭醫生多經常會談論所有你在服用的處方藥物？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

24. 在過去 6 個月內，你有沒有從不止一類的醫護保健提供者處得到護理，或使用不止一類的醫護保健服務？

- 有
- 沒有→如答沒有，請直接前往第 27 題

25. 在過去 6 個月內，你有沒有需要你 的家庭醫生辦事處裡的任何人士幫助你管理由這些不同的提供者及服務所得到的護理？

- 有
- 沒有→如答沒有，請直接前往第 27 題

26. 在過去 6 個月內，你有沒有從你家庭醫生辦事處取得你所需要的幫助，去管理由這些不同的提供者及服務所得到的護理？

- 肯定有
- 有，一點兒
- 沒有

從專科醫生處獲得醫護保健

27. 專科醫生是一些類似手術醫生，心臟醫生，過敏醫生，皮膚醫生及其他醫生，專長於某一醫護保健範疇。你的家庭醫生是一位專科醫生嗎？

- 是→如答是，請你在回答有關專科醫生的問題時把你的家庭醫生包括在內
- 不是
- 我沒有家庭醫生

28. 在過去 6 個月內，你有沒有預約專科醫生？

- 有
- 沒有 → 如答沒有，請直接前往第 33 題

29. 在過去 6 個月內，你多經常能在你需要的時候馬上得到專科醫生的預約？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次

30. 在過去 6 個月內，你曾見過多少位專科醫生？

- 沒有 → 如答沒有，請直接前往第 33 題
- 1 位
- 2 位
- 3 位
- 4 位
- 5 位或更多

31. 我們想知道你給過去 6 個月最常拜訪的那位專科醫生的評分。請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 為最差的專科醫生，10 為最好的專科醫生。你會用哪一個數字來評定那位專科醫生？

- 0 最差的專科醫生
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 最好的專科醫生

32. 在過去 6 個月內，你的家庭醫生多經常從專科醫生處獲得你所接受的護理的最新資訊？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次
- 我沒有家庭醫生
- 過去 6 個月內我沒有到我的家庭醫生處看病
- 我的家庭醫生是一位專科醫生

你的健保計劃

33. 在過去 6 個月內，你有沒有向你健保計劃的顧客服務部索取任何資訊或幫助？

有
 沒有→如答沒有，請直接前往第 36 題

34. 在過去 6 個月內，你健保計劃的顧客服務部多經常給你提供你所需要的資訊或幫助？

永不
 有時
 通常
 每次

35. 在過去 6 個月內，你健保計劃顧客服務部的職員多經常對你表示禮貌和尊重？

永不
 有時
 通常
 每次

36. 在過去 6 個月內，你的健保計劃有沒有給你提供任何表格填寫？

有
 沒有→如答沒有，請直接前往第 38 題

37. 在過去 6 個月內，你從健保計劃得到的表格有多經常是屬於容易填寫的？

永不
 有時
 通常
 每次

38. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 為最差的健保計劃，10 為最好的健保計劃，你會用哪一個數字來評定你的健保計劃？

0 最差的健保計劃
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 最好的健保計劃

39. 自付額(co-pay)是您在拜訪醫生診所時支付的金額。在過去 6 個月內，您的健保計劃有沒有因您的健康狀況(如高血壓)而提議降低您的共付額?
- 有
 - 沒有
 - 不確定
 - 我沒有自付額
 - 我沒有健康狀況
 - 有因其他原因而被提議降低共付額

40. 您的健保計劃優惠是您在計劃中所能得到的健康護理及服務。在過去 6 個月內，您的健保計劃有沒有因您的健康狀況(如高血壓)而提供您額外優惠?
- 有
 - 沒有
 - 不確定
 - 我沒有健康狀況
 - 有因其他原因而被提供額外優惠

關於你

41. 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

42. 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

43. 在過去 6 個月內，你有沒有在醫院裡住一晚或多晚?

- 有
- 沒有

44. 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?

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次
- 在過去 6 個月內，我的醫生沒有給我開任何處方藥物

45. 你有沒有保險為你支付部分或全部處方藥物的費用?

- 有
- 沒有
- 不知道

46. 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

47. 在過去 6 個月內，你是否曾經收到過並非由你訂購的郵遞藥品？

- 是
 不是
 不知道

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

49. 您在走路或爬樓梯方面是否有嚴重困難？(5 歲以上)

- 有
 沒有

50. 您在穿衣服或洗澡方面是否有困難？(5 歲以上)

- 有
 沒有

51. 您是否因為身體，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

52. 自從 2017 年 7 月 1 日以來，你有沒有打過流感預防針？

- 有
 沒有
 不知道

53. 你有沒有接受過一次或以上的肺炎疫苗注射？這注射與預防感冒注射不同，通常一個人一生通常只會接受兩次。它也被稱為肺炎球菌疫苗。

- 有
 沒有
 不知道

54. 你現在是否每天或某些日子或完全沒有抽煙或使用煙草？

- 每天
- 某些日子
- 完全沒有→如答完全沒有，請直接前往第 56 題
- 不知道→如答不知道，請直接前往第 56 題

55. 在過去 6 個月內，你多經常被醫生或其他保健服務提供者勸告戒除抽煙或使用煙草？

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次
- 在過去 6 個月內我沒有看醫生

56. 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

57. 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

58. 你的種族是什麼？請選一項或多項。

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

59. 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

60. 您在家中會使用網路嗎？

- 有
- 沒有

61. 聯邦醫療保險計劃正努力收集更多有關聯邦醫療保險持有人獲得提供的醫療或服務的資訊。聯邦醫療保險可以就你所接受的醫護保健再與你聯繫嗎？

- 可以
- 不可以

62. 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。

63. 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 ADDRESS]

Contract Name:_____