

**Chinese**

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan  
(MA & PDP) CAHPS<sup>®</sup> Survey**

**2018 Prescription Drug 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 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。

1. 我們的記錄顯示，你 2017 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 2017 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，醫生辦事處、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？

- 永不  
 有時  
 通常  
 每次  
 在過去 6 個月內，我沒有使用我的處方藥物計劃去獲得任何藥物

5. 在過去 6 個月內，你有沒有使用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，你多經常能容易使用你的處方藥物計劃在當地藥房取得處方藥物？

- 永不  
 有時  
 通常  
 每次  
 在過去 6 個月內，我沒有使用我的處方藥物計劃在當地的藥房取得處方藥物

7. 在過去 6 個月內，你有沒有使用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
- 我不肯定我的處方藥物計劃是否提供以郵遞方式取得處方藥物→請直接前往第 9 題

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

- 永不
- 有時
- 通常
- 每次
- 在過去 6 個月內，我沒有使用我的處方藥物計劃以郵遞方式取得處方藥物
- 我不肯定我的處方藥物計劃是否提供以郵遞方式取得處方藥物

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. 在過去 6 個月內，你有沒有在醫院裡住一晚或多晚？

- 有  
 沒有

13. 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

14. 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

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="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，皮膚癌除外？              | <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"/> |

16. 您在走路或爬樓梯方面是否有嚴重困難？(5 歲以上)

- 有  
 沒有

17. 您在穿衣服或洗澡方面是否有困難？(5 歲以上)

- 有  
 沒有

18. 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

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。

- 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

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. 您在家中會使用網路嗎？

- 有
- 沒有

24. 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

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 ADDRESS]**

**Contract Name:** \_\_\_\_\_