

Chinese

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

2026 Medicare Advantage Plan Survey

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

2026 聯邦醫療保險經驗調查

聯邦醫療保險調查說明

此調查將問到有關你及你在過去六個月內曾接受過的醫療服務。回答每一個問題時，請考慮你個人的情況以及你從當面、電話或視頻通話接受的醫療服務。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 [SURVEY VENDOR]。

- 如果你更改了 2026 年的聯邦醫療保險計劃，請根據你在 2025 年最後六個月的聯邦醫療保險經驗回答問題
- 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。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 (2027 年 11 月 30 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 2025 年的醫療服務是由背頁所列醫療計劃承保。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 2025 年所持有的醫療計劃的名字，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 個月內的醫療服務

這些問題是詢問有關您在一般診所、急診室或醫生診所接受醫療服務的情況，包括當面看診，或透過電話或視頻所接受的治療。

3. 在過去 6 個月中，您是否有需要立即接受治療的疾病、受傷或狀況？

☐ 有

☐ 沒有→如答沒有，請直接前往第 5 題

4. 在過去 6 個月內，當你立即需要獲得治療的時候，你有多經常能夠及時得到你需要的治療？

☐ 從未

☐ 有時

☐ 通常

☐ 每次

5. 在過去 6 個月中，您是否為檢查或例行的治療而親自安排預約，或透過電話或視頻安排預約？

☐ 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醫生診所預約體檢或者常規治療？

☐ 從未

☐ 有時

☐ 通常

☐ 每次

7. 在過去的 6 個月中，不包括您前往急診室的次數，您有多少次是以當面看診或電話、視頻接受治療？

☐ 沒有

☐ 1 次

☐ 2 次

☐ 3 次

☐ 4 次

☐ 5 至 9 次

☐ 10 次或更多

8. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 代表最差的醫療服務，10 代表最好的醫療服務，你會用哪一個數字來評定你在過去 6 個月內的醫療服務？

- ☐ 0 最差的醫療服務
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 最好的醫療服務

9. 在過去 6 個月內，你多經常能容易地獲得你需要的醫療服務、檢查或治療？

- ☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

你的家庭醫生

10. 家庭醫生是指當您需要檢查、詢問健康問題、生病或受傷時所諮詢的人。您是否有家庭醫生？

- ☐ 有
☐ 沒有 → 如答沒有，請直接前往第 26 題

11. 在過去 6 個月內，您曾經有多少次為健康問題而以當面看診，或電話、視頻通話求診家庭醫生？

- ☐ 沒有 → 如答沒有，請直接前往第 26 題

- ☐ 1 次
☐ 2 次
☐ 3 次
☐ 4 次
☐ 5 至 9 次
☐ 10 次或更多

12. 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？

- ☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

13. 在過去 6 個月內，你的家庭醫生會多經常細心聆聽你說話？

- ☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

14. 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？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次

15. 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？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次

16. 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

17. 在過去的 6 個月內，當您在預約的時間去看您的家庭醫生時，醫生是否經常準備好了您的醫療記錄或您的其他醫療資料？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次

18. 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

21 題

19. 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，你家庭醫生診所的人員多經常會跟進，把有關的結果告訴你？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次

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，你多經常能在你有需要時立即取得檢查結果？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

21. 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 23 題

22. 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？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

23. 在過去 6 個月內，你有沒有從不止一類的醫療服務提供者處得到治療，或使用不止一類的醫療服務？

☐ 有
☐ 沒有→如答沒有，請直接前往第 26 題

24. 在過去 6 個月內，你有沒有需要你的家庭醫生診所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治療？

☐ 有
☐ 沒有→如答沒有，請直接前往第 26 題

25. 在過去 6 個月內，你有沒有從你家庭醫生診所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治療？

☐ 肯定有
☐ 有，一點兒
☐ 沒有

從專科醫生處獲得醫療服務

在您回答下一個問題時，請包含透過當面看診、電話或視頻通話接受的治療。

26. 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，專長於某一醫療服務範疇。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

27. 在過去 6 個月內，您有沒有預約過專科醫生？

☐ 有

☐ 沒有→如答沒有，請直接前往第

32 題

28. 在過去 6 個月中，您是否經常在您需要時馬上就可約到專科醫生？

☐ 從未

☐ 有時

☐ 通常

☐ 每次

29. 在過去 6 個月內，您曾諮詢過多少位專科醫生？

☐ 沒有→如答沒有，請直接前往第

32 題

☐ 1 位

☐ 2 位

☐ 3 位

☐ 4 位

☐ 5 位或更多

30. 我們想知道您給過去 6 個月最常諮詢的一位專科醫生的評分。請用 0 至 10 任何一個數字，其中 0 為最差的專科醫生，10 為最好的專科醫生。您會用哪一個數字來評定這位專科醫生？

☐ 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

31. 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治療的最新資訊？

☐ 從未

☐ 有時

☐ 通常

☐ 每次

☐ 我沒有家庭醫生

☐ 過去 6 個月內我沒有諮詢過家庭醫生

☐ 我的家庭醫生是一位專科醫生

你的醫療計劃

32. 在過去 6 個月內，你有沒有向你醫療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
35 題

33. 在過去 6 個月內，你醫療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？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

34. 在過去 6 個月內，你醫療計劃顧客服務部的職員多經常對你表示禮貌和尊重？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

35. 在過去 6 個月內，你的醫療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
37 題

36. 在過去 6 個月內，你從醫療計劃得到的表格有多經常是屬於容易填寫的？

☐ 從未
☐ 有時
☐ 通常
☐ 每次

37. 請用 0 至 10 任何一個數字，以 0 為最差的醫療計劃，10 為最好的醫療計劃，你會用哪一個數字來評定你的醫療計劃？

☐ 0 最差的醫療計劃
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 最好的醫療計劃

關於你

38. 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

39. 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

40. 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 → 請用正楷：

41. 在過去 6 個月內，你有沒有在醫院裡住一晚或多晚？

- ☐ 有
- ☐ 沒有

42. 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，我的醫生沒有給我開任何處方藥物

43. 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

44. 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

45. 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. 心絞痛或冠狀心臟病？..... | <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"/> |

46. 你在走路或爬樓梯方面是否有嚴重困難？

- ☐ 有
☐ 沒有

47. 你在穿衣服或洗澡方面是否有困難？

- ☐ 有
☐ 沒有

48. 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

49. 自從 2025 年 7 月 1 日以來，你有沒有打過流感預防針？

- ☐ 有
☐ 沒有
☐ 不知道

50. 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，通常一個人一生只會接受兩次。它也被稱為肺炎球菌疫苗。

- ☐ 有
☐ 沒有
☐ 不知道

51. 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

52. 你的種族或族裔背景是什麼？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
☐ 西班牙裔或拉丁裔
☐ 中東人或北非人
☐ 夏威夷土著或太平洋島嶼人
☐ 白人

53. 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

54. 你在家中會使用網路嗎？

- ☐ 有
☐ 沒有

55. 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？

- ☐ 可以
☐ 不可以

56. 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回。

57. 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 RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

合同名称: _____

[OPTIONAL]

您的方案可能會以下列名稱顯示：