

Korean

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

2026 Prescription Drug Plan Survey

2026 Medicare 경험 조사

MEDICARE 설문지 작성 안내

본 설문조사는 귀하의 정보와 지난 6개월간 받으신 의료 서비스에 관한 것입니다. 귀하 자신과 귀하가 직접 대면, 전화 또는 영상 통화를 통해 의료 서비스를 받으셨을 때를 떠올리며 각 질문에 응답해주십시오. 부디 시간을 내어 본 설문조사를 완료해주시기 바랍니다. 귀하의 응답은 저희에게 매우 중요합니다. 완료하신 설문지는 동봉된 우편 요금 선납 봉투에 넣어 [SURVEY VENDOR](으)로 보내주시기 바랍니다.

- 2026년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2025년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주십시오.
- 다음과 같이 답변 원쪽 상자에 "X" 표시를 하여 모든 질문에 답해 주십시오.
 예
- 반드시 모든 선택지를 읽고 답변해 주십시오
- 이 설문조사에는 답변하시지 않아도 되는 질문도 있습니다. 이럴 때 화살표와 함께 다음에 답해야 하는 질문을 지시하는 설명이 있습니다.
예시: [→ '아니요'인 경우 3번 질문으로 가십시오]. 다음 예시를 참고하십시오.

예시

1. 현재 보청기를 착용하고 계십니까?

- 예
 아니요 → '아니요'인 경우 3번 질문으로 가십시오

2. 얼마나 오래 보청기를 착용하셨습니까?

- 1년 미만
 1년에서 3년
 3년 넘게
 보청기를 착용하지 않음

3. 지난 6개월 사이에 두통을 앓으신 적이 있습니까?

- 예
 아니요

1995년 문서감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 제시되지 않았을 때는 정보 수집에 응답하실 필요가 없습니다. 이것은 의무적으로 수집된 정보와 자발적으로 수집된 정보 모두에 적용됩니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 **0938-0732 (2027년 11월 30일 만료)**입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 예상 소요 시간은 설문지 작성 안내 검토, 기존 자료 출처 검색, 필요 자료 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 평균 **10분**입니다. 예상 소요 시간의 정확성에 관한 의견 또는 본 설문지를 개선할 제안은 아래 주소로 보내주시기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. 저희 기록에 따르면 2025년에 귀하의 처방약은 뒤 페이지에 기재된 Medicare 처방약 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

예 → '예'인 경우 3 번 질문으로 가십시오
 아니요

2. 2025년에 귀하께서 사용한 Medicare 처방약 플랜의 이름을 아래에 적으시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오. (정자로 적어주십시오)

3. 지난 6개월간 개인병원, 약국 또는 귀하의 처방약 플랜에서 귀하께 연락하여

예 아니요

- a. 처방약을 조제 또는 처방전 리필을 받으셨는지 확인한 적이 있습니까?
- b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까?

4. 지난 6개월간 의사가 처방한 의약품을 처방약 플랜을 사용하여 쉽게 구매하신 적이 얼마나 자주 있었습니다?

전혀 없음
 가끔
 대부분
 항상
 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 의약품을 구매한 적이 없음

5. 지난 6개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 조제 받으신 적이 있습니까?

예
 아니요 → '아니요'인 경우 7 번 질문으로 가십시오

6. 지난 6개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니다?

전혀 없음
 가끔
 대부분
 항상

7. 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 처방약을 우편으로 받으신 적이 있습니까?

예
 아니요 → '아니요'인 경우 9 번 질문으로 가십시오

8. 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 우편 처방약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니다?

전혀 없음
 가끔
 대부분
 항상

9. 숫자 0에서 10 중 최악의 처방약 플랜이 0, 최고의 처방약 플랜이 10이라면, 귀하의 처방약 플랜에 몇 점을 주시겠습니까?

- 0 - 최악의 처방약 플랜
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - 최고의 처방약 플랜

귀하에 대하여

10. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

11. 대체적으로 귀하의 전반적 정신적 또는 정서적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

12. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는 언어는 무엇입니까?

- 영어
- 스페인어
- 중국어
- 한국어
- 타갈로그어
- 베트남어
- 기타 언어→ 정자로

적어주십시오: _____

13. 지난 6개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

14. 지난 6개월간 약품 가격 때문에 처방약 조제를 연기하거나 조제를 받지 않으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요
- 지난 6개월간 의사에게 약을 처방받은 적이 없음

15. 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

예 아니요

- a. 심장마비
- b. 협심증 또는 관상 동맥성 심장질환
- c. 고혈압
- d. 피부암을 제외한 암
- e. 폐기종, 천식, COPD(만성 폐색성 폐질환)
- f. 모든 당뇨병 유형, 고혈당....

16. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있으십니까?

- 예
 아니요

17. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있으십니까?

- 예
 아니요

18. 신체적, 정신적, 정서적 증세 때문에 의사 방문이나 쇼핑 등 일상적인 활동을 하는 데 어려움을 겪고 있으십니까?

- 예
 아니요

19. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- 중졸 이하
 고교 중퇴
 고졸 또는 겸정고시(GED)
 대학 중퇴 또는 2 년제 대학 학위
 대졸
 대학원 이상

20. 귀하의 인종 또는 민족은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

- 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
 아시아인
 흑인 또는 아프리카계 미국인
 히스패닉 또는 라틴계
 중동 또는 북아프리카인
 하와이 원주민 또는 태평양 제도인
 백인

21. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- 1 명
 2~3 명
 4 명 이상

22. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- 예
 아니요

23. Medicare 프로그램이 귀하가 받으신 의료 서비스에 관하여 자세히 알아보거나 의료 서비스 관련 주제에 대한 그룹 토론이나 인터뷰에 귀하를 초대하기 위해 나중에 연락을 드려도 될까요?

- 예
 아니요

24. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- 예
 아니요 → 감사합니다.
작성하신 설문지를 우편
요금 선납 봉투에 넣어
보내주시기 바랍니다.

25. 그분이 어떻게 도와드렸습니까?
하나 이상 표시하십시오.

- 내게 질문을 읽어주었음
 내 응답을 받아 적었음
 나를 대신해 응답했음
 질문을 내가 사용하는 언어로
번역해 주었음
 기타 방법으로 도움을 주었음

감사합니다

작성하신 설문지를 우편 요금 선납 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

계약명: _____

[OPTIONAL]

다음 이름으로 귀하의 플랜을 아실 수 있습니다.