

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

2026 Prescription Drug Plan Survey Web Specifications KOREAN VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, "뒤로" button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, "다음" button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *When survey is submitted sample member should be re-directed to the Medicare home page <https://www.medicare.gov>*
- *Starting at Q1 display a progress bar at the top left or right of each screen*

MEDICARE EXPERIENCE SURVEY

- **Welcome, continue in English**
- Bienvenidos continuar en español
- 歡迎 以中文繼續問卷調查
- 환영합니다 한국어로 계속하기
- Maligayang Pagdating Magpatuloy sa Tagalog
- Tiếp tục bằng tiếng Việt

NEXT / SIGUIENTE / 下一頁 / 다음 / SUSUNOD / TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *ALL SAMPLE MEMBERS START AT THE LANGUAGE SELECTION SCREEN*
- *ONLY THE LANGUAGES OFFERED BY THE CONTRACT ARE DISPLAYED ON THIS SCREEN*
- *ENGLISH INSTRUCTIONS SHOULD BE IN BOLD*
- *INCLUDE A LINE BREAK BETWEEN EACH LANGUAGE*
- *A RESPONSE OF "Continuar en español" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE SPANISH VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "歡迎 以中文繼續問卷調查" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE CHINESE VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "환영합니다 한국어로 계속하기" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE KOREAN VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "Maligayang Pagdating Magpatuloy sa Tagalog" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE TAGALOG VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "Tiếp tục bằng tiếng Việt" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE VIETNAMESE VERSION OF THE SURVEY]*

Medicare 경험 설문조사에 오신 것을 환영합니다

귀하가 받으신 편지에 인쇄된 설문조사 코드를 입력해 주시고 아래의 '다음' 을 클릭해 주십시오.

편지에 적힌 설문조사 코드:_____

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *ONLY SAMPLE MEMBERS WHO ENTER URL FROM LETTER RECEIVE THIS SCREEN*
- *SCREEN DISPLAYS SELECTED LANGUAGE FROM LANGUAGE SELECTION SCREEN]*

Medicare 경험 설문조사에 오신 것을 환영합니다

본 설문조사에서는 귀하 및 귀하께서 지난 6 개월 내에 받으신 의료 서비스에 대해 질문 드리겠습니다. 귀하 자신 및 직접 대면, 전화 또는 영상 통화로 의료 서비스를 받았을 때를 생각하면서 각 질문에 답변해 주십시오. 부디 시간을 내어 이 설문조사를 완료해 주시기 바랍니다. 귀하의 답변은 저희에게 매우 중요합니다.

- 2026 년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2025 년 마지막 6 개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주십시오
- 설문조사에 답변하는 데에는 약 10 분이 소요됩니다
- 설문조사는 자발적으로 참여하실 수 있습니다
- 답변하고 싶지 않은 질문은 넘어가실 수 있습니다
- 설문조사는 언제든지 종료하실 수 있습니다
- 귀하의 답변은 기밀로 유지됩니다

이 설문조사에 관하여 질문이 있으시면 [VENDOR EMAIL](으)로 이메일을 보내거나 수신자 부담 전화번호 [VENDOR PHONE](으)로 전화해 주십시오. 감사합니다.

설문조사를 시작하려면 '시작'을 클릭하십시오.

시작

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *START BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*

1995 년 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 (2027 년 11 월 30 일 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 **10 분**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.

귀하의 2025 처방약 플랜

1. 저희 기록에 따르면 2025 년에 귀하의 처방약은 [MARKETNAME]라는 Medicare 처방약 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

- 예
○ 아니요

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "예" AT 1 SKIPS TO 3]

귀하의 2025 처방약 플랜

2. 2025 년에 귀하께서 사용한 Medicare 처방약 플랜의 이름을 아래에 입력하시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오.

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- OPEN END; ALLOW RESPONSE OF UP TO 50 CHARACTERS
- DISPLAY TEXT BOX WITH BORDERS FOR RESPONSE]

귀하의 처방약 플랜

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

	<u>예</u>	<u>아니요</u>
a. 처방약을 조제 또는 처방전 리필을 받으셨는지 확인한 적이 있습니까?	○	○
b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까?	○	○

뒤로

다음

귀하의 처방약 플랜

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

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

뒤로

다음

귀하의 처방약 플랜

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

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "아니요" AT 5 SKIPS TO 7]

귀하의 처방약 플랜

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

뒤로

다음

귀하의 처방약 플랜

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

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "아니요" AT 7 SKIPS TO 9]

귀하의 처방약 플랜

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

뒤로

다음

귀하의 처방약 플랜

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

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

뒤로

다음

귀하에 대하여

10. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- ☐ 최상임
- ☐ 매우 좋음
- ☐ 좋음
- ☐ 보통임
- ☐ 나쁨

뒤로

다음

귀하에 대하여

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

- ☐ 최상임
- ☐ 매우 좋음
- ☐ 좋음
- ☐ 보통임
- ☐ 나쁨

뒤로

다음

귀하에 대하여

12. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는 언어는 무엇입니까?

- ☐ 영어
- ☐ 스페인어
- ☐ 중국어
- ☐ 한국어
- ☐ 타갈로그어
- ☐ 베트남어
- ☐ 기타 언어(자세히 말씀해 주세요): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

뒤로

다음

귀하에 대하여

13. 지난 6 개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

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

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

뒤로

다음

귀하에 대하여

15. 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

	<u>예</u>	<u>아니요</u>
a. 심장마비	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 협심증 또는 관상 동맥성 심장질환	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 고혈압	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <u>피부암을 제외한</u> 암	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 폐기종, 천식, COPD(만성 폐색성 폐질환)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 모든 당뇨병 유형, 고혈당	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

뒤로

다음

귀하에 대하여

16. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있으십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

17. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있으십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

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

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

19. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

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

뒤로

다음

귀하에 대하여

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

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- 20 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

귀하에 대하여

21. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- ☐ 1명
- ☐ 2~3명
- ☐ 4명 이상

뒤로

다음

귀하에 대하여

22. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

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

뒤로

다음

귀하에 대하여

24. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "아니요" AT 24 SKIPS TO Thank You]*

귀하에 대하여

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

뒤로

다음

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *25 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

감사합니다

설문조사가 끝났습니다. 질문에 대한 모든 답변을 완료하셨다면, 제출하기를 클릭하시고 설문조사를 종료해 주십시오. 시간을 내주셔서 감사합니다.

제출

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *SUBMIT BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*