



退出 Medicare 優勢醫療與處方藥物計劃的問卷調查

此調查是關於您之前參加的醫療計劃。

您之前參加的計劃名稱和計劃編號是 --

< PREV_BENEFIT>

由 <PREV_PLAN_CODE> 提供

問卷說明

感謝您抽出寶貴的時間來完成這項調查問卷！您的答案對我們非常重要，且有助於其他參加 Medicare 的人選擇適合他們的醫療或藥物計劃。

您之所以收到此這份問卷是因為記錄顯示您最近更換了或退出 Medicare 醫療計劃。

如何填寫問卷：

- ◆ 請您僅根據參加先前計劃的體驗回答每個問題（計劃名稱印於問卷封面）。
- ◆ 請您依據自身的情況回答每個問題。
- ◆ 回答問題時，請在答案左側的方格中打「X」，具體如下所示：

☒ 是

- ◆ 請在閱讀所有的答案選項後再作答。
- ◆ 有些問題可能不適用於您的情況，說明會指導您跳過。這種情況下，您會看到一個箭頭標記，告訴您接下來應回答的問題，例如：**[➔ 若否，跳至問題 3]**
- ◆ 請把完成的問卷放入隨附的已付郵資的回郵信封內寄回。

根據1995年《減少文書作業法》（Paperwork Reduction Act of 1995），除非資料收集文件附有正式的 OMB 號碼，任何人都無須對此類文件作出回應。這份資料收集文件的有效 OMB 控制號是 0938- 1113，到期日為11/30/2027。據估計完成這份資料收集所需的時間是平均每人11 分鐘，這包括閱讀說明的時間、查詢現有資料、獲取所需數據及完成填寫並檢查的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見或是您有改進本問卷的建議，請寫信到：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

您先前參加的醫療計劃

1. 我們的記錄顯示您原本參加如下醫療計劃：

< PREV_BENEFIT >

由 <PREV_PLAN_CODE> 提供

但您已退出此計劃。請問此資訊是否正確？

- ☐ 是，我退出了上述的醫療計劃 → 跳至問題 2
- ☐ 否，我退出的是另一個醫療計劃 → 跳至問題 2
- ☐ 否，我最近沒有更換或退出任何 Medicare 醫療計劃 → 請停筆。

請勿完成本問卷其餘部分。請把問卷放入隨附的信封內寄回。

2. 您是否因下列任何原因而不得不更換或退出先前參加的 Medicare 醫療計劃？

- ☐ 我搬到了該計劃所不覆蓋的地區
- ☐ 我被計劃除名了
- ☐ 我所在地區的該計劃被取消或終止
- ☐ 為我投保的機構（例如：前僱主或工會）變更或終止了該計劃。

請停筆。
請勿完成本問卷的
其餘部分。
請將問卷放入
隨附的信封內寄回。

- ☐ 以上皆否 → 繼續填寫問卷，跳至問題 3

回答本問卷的問題時，請僅考慮您先
前參加的醫療計劃（計劃名稱印於問
卷封面）。

3. 您多常可以輕鬆地通過先前參加的計
劃獲得所需的醫療護理、檢查或治
療？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次
- ☐ 我沒有試著通過先前參加的計劃獲
得任何的醫療護理、檢查或治療

4. 您多常可以輕鬆地通過先前參加的計
劃獲得醫生開立的處方藥物？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 通常
- ☐ 每次
- ☐ 我沒有通過先前參加的計劃
獲得任何處方藥物

5. 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，您會用哪一個數字來評定您的
先前的醫療計劃？

- ☐ 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

您退出先前的健保計劃的原 因

接下來的問題是關於您更換或退出先前的醫療
計劃的可能原因。

6. 您是否因為有人在未經您同意的情
況下替您投保該計劃而選擇退出？

- ☐ 是
- ☐ 否

7. 您是否因為每次領取或補充處方藥時必
須支付的金額（自付費用）增加而退出
先前的計劃？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 我不需要支付處方藥費用

8. 您是否因為發現了處方藥自付費用更便宜的計劃而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

9. 您是否因為每次看醫生時必須支付的金額（自付費用）增加而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 我不需要支付看醫生的費用

10. 您是否因為發現了看診自付費用更便宜的計劃而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

11. 有些人須每月自付醫療計劃的保費才能獲得醫療保險。

您是否因為每月的保費上漲而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 我先前的計劃不需要我每月自付保費

12. 您是否因為發現了每月保費更便宜的計劃而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 我先前的計劃不需要我每月自付保費

13. 醫療計劃有一份承保的處方藥列表。您是否因為先前的計劃更改了承保的處方藥列表而選擇退出？

- ☐ 是
☐ 否

14. 您是否因為個人財務狀況的變化無法繼續負擔先前的計劃，從而選擇退出？

- ☐ 是
☐ 否

15. 您是否因為先前的計劃比預期的更貴而選擇退出？

- ☐ 是
☐ 否

16. 您是否因為先前的計劃拒絕支付您醫生開立的處方藥而選擇退出？

- ☐ 是
☐ 否

17. 您是否因為無法獲得醫生開立的處方藥而退出先前的計劃？

☐ 是

☐ 否

18. 您是否因為難以獲得原廠藥（即專利藥或品牌藥）而退出先前的計劃？

☐ 是

☐ 否

☐ 我沒有試著通過先前的計劃獲得原廠藥物

19. 醫生開立處方藥時，您是否因為受不了先前計劃的審批程序而選擇退出？

☐ 是

☐ 否

20. 您是否因為在領取或補充處方藥時，出現問題不知道該聯繫誰而退出先前的計劃？

☐ 是

☐ 否

21. 您是否因為難以從先前的計劃中得知有哪些承保的處方藥，或是特定藥物的費用而選擇退出該計劃？

☐ 是

☐ 否

22. 您是否因為受不了先前計劃對醫護、檢查或治療的審批程序而選擇退出？

☐ 是

☐ 否

23. 您是否因為無法獲得所需的醫療護理、檢查或治療而退出先前的計劃？

☐ 是

☐ 否

24. 您是否因在理賠過程中遇到問題而選擇退出先前的計劃？

☐ 是

☐ 否

25. 您退出先前的計劃，是否因為您想看診的醫生或醫護人員不屬於該計劃？

☐ 是

☐ 否

26. 您退出先前的計劃，是否因為您想去的診所或醫院不在該計劃的承保範圍內？

☐ 是

☐ 否

27. 您是否因為難以從先前的計劃中得知哪些醫護服務，及特定的檢查或治療在承保範圍內而選擇退出該計劃？

- ☐ 是
☐ 否

28. 您是否因為對先前計劃在答疑或處理投訴的方式不滿意而選擇退出？

- ☐ 是
☐ 否

29. 您是否因為無法從先前的計劃中獲得所需的資訊或協助而退出？

- ☐ 是
☐ 否

30. 您是否因為客服人員未能以禮貌和尊重的方式對待您而退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

31. **Medicare** 每年都會評估所有醫療計劃並給予星級評級。

您是否因為先前的計劃獲得較低的**Medicare** 星級而退出？

- ☐ 是
☐ 否

32. 您是否因為發現了**Medicare** 星級更高的計劃而選擇退出先前的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

退出先前的健保計劃的其他原因

33. 您退出先前的計劃，是否因為家人或朋友介紹了更好的計劃給您？

- ☐ 是
☐ 否

34. 您退出先前的計劃，是否因為保險代理人或經紀人介紹了更好的計劃給您？

- ☐ 是
☐ 否

35. 您退出先前的計劃，是否因為看到了廣告宣傳一個您認為更好的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

36. 您退出先前的計劃，是否因為發現了另一個更符合您的處方需求的計劃？

- ☐ 是
☐ 否

37. 您退出先前的計劃，是否因為另一個計劃提供更好的醫護福利或理賠範圍（例如：牙科或視力保健、助聽器、藥物和用品預付卡？

- ☐ 是
☐ 否

關於你

38. 一般來說，您會怎樣評定您的整體健康狀況？

- ☐ 極好
☐ 非常好
☐ 好
☐ 一般
☐ 差

39. 一般來說，您會怎樣評定您的整體精神或情緒健康？

- ☐ 極好
☐ 非常好
☐ 好
☐ 一般
☐ 差

40. 在過去 的12 個月內，您服用了多少種不同的處方藥物？

- ☐ 無
☐ 1 至 2 種處方藥物
☐ 3 至 5 種處方藥物
☐ 6 種處方藥物或以上

41. 在過去的12 個月內，您是否曾因同一疾病或健康問題而被醫生或醫護人員看診 3 次或以上？

- ☐ 是
☐ 否 → 若否，跳至問題 43

42. 此疾病或健康問題是否曾持續至少 3 個月？

- ☐ 是
☐ 否

43. 您目前需要或正在服用醫生開立的處方藥物嗎？

- ☐ 是
☐ 否 → 若否，跳至問題 45

44. 該處方藥是否用於治療曾持續至少 3 個月的疾病？

- ☐ 是
☐ 否

45. 有沒有醫生曾告訴您，您有下列任何症狀？

- | | 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，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"/> |

46. 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 (*high school*) 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

47. 您是否為西班牙裔或拉丁裔？

- ☐ 是，西班牙裔或拉丁裔
- ☐ 不是，非西班牙裔或拉丁裔

48. 您的種族是什麼？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
- ☐ 夏威夷土著或其他太平洋島嶼人
- ☐ 白人

49. 您在家裡主要說哪種語言？

- ☐ 中文
 - ☐ 英文
 - ☐ 俄文
 - ☐ 西班牙文
 - ☐ 越南文
 - ☐ 其他語言（請說明）：
-

50. 有沒有人幫助您完成這項問卷調查？

- ☐ 有
- ☐ 沒有 → 若沒有，跳至問題 52

51. 那個人怎樣幫助您？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（請說明）：
-

52. 如果我們對您的問卷答案或是您的醫護服務有所疑問，請問是否可以再次聯繫您？

☐ 是

☐ 否

感謝您完成這份調查問卷。

請把填妥的問卷放入已付郵資的信封內寄回致：

**MEDICARE SATISFACTION SURVEY
PO BOX 3416
HOPKINS, MN 55343-9740**

此頁保留空白。