

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

## 2024 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 CMS home page <https://www.cms.gov>
- Starting at Q1 display a progress bar at the top left or right of each screen

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY

Medicare 경험 설문조사에 오신 것을 환영합니다

Please type in the survey code that is printed on the letter you received, and click NEXT below.

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

Survey code from letter/편지에 적힌 설문조사 코드: \_\_\_\_\_

NEXT / 다음

### [PROGRAMMING SPECIFICATION:

- SAMPLE MEMBERS WHO ENTER URL FROM LETTER START WITH THIS SCREEN]

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY  
Medicare 경험 설문조사에 오신 것을 환영합니다

This survey asks about you and your experience with your Medicare prescription drug plan.

이 설문조사에서는 귀하와 귀하의 Medicare 처방약 플랜에 관련된 경험에 대해 질문 드리겠습니다.

- Continue in English
- 한국어로 계속하기

*NEXT / 다음*

*[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:*

- SAMPLE MEMBERS WHO CLICK ON URL/PIN FROM EMAIL START WITH THIS SCREEN*
- A RESPONSE OF "한국어로 계속하기" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE KOREAN VERSION OF THE SURVEY]*

## 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.

- 2024 년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2023 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** (2025 년 1 월 31 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 2023 처방약 플랜

1. 저희 기록에 따르면 2023 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 2023 처방약 플랜

2. 2023 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 6개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

**14.** 지난 6개월간 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 암</u>	<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.** 히스패닉 또는 라티노이십니까?

- 예, 히스패닉 또는 라티노임
- 아니요, 히스패닉 또는 라티노가 아님

뒤로

다음

귀하에 대하여

**21.** 귀하의 인종은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

- 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- 아시아인
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도인
- 백인

뒤로

다음

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

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

귀하에 대하여

**22.** 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- 1명
- 2~3명
- 4명 이상

뒤로

다음

귀하에 대하여

**23.** 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- 예
- 아니요

뒤로

다음

귀하에 대하여

**24.** 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

**25.** 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- 예
- 아니요

뒤로

다음

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "아니요" AT 25 SKIPS TO Thank You]*

귀하에 대하여

26. 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:*

- 26 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]