

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

## 2024 Prescription Drug Plan Survey Web Specifications SPANISH VERSION

### GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, "ATRAS" button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, "SIGUIENTE" 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  
BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

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

Ingrese el código de la encuesta que está impreso en la carta que recibió y haga clic NEXT de abajo.

Survey code from letter/Código de encuesta de la carta: \_\_\_\_\_

NEXT/SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY  
BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

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

Esta encuesta pregunta acerca de usted y su experiencia con su plan de medicinas recetadas de Medicare.

- Continue in English
- Continuar en español

NEXT/SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:*

- SAMPLE MEMBERS WHO CLICK ON URL/PIN FROM EMAIL START WITH THIS SCREEN*
- A RESPONSE OF "Continuar en español" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE SPANISH VERSION OF THE SURVEY]*

## BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

Esta encuesta es sobre usted y sobre la atención médica que recibió en los últimos seis meses. Conteste cada pregunta pensando en usted mismo y en las veces que recibió atención médica en persona, por teléfono, o por videollamada. Por favor tómese un tiempo al completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros.

- Si cambió su plan de Medicare para el 2024, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2023
- Necesita unos 10 minutos para contestar las preguntas de la encuesta
- Su participación en la encuesta es voluntaria
- Usted puede saltarse cualquier pregunta que no desee contestar
- Usted puede salirse de la encuesta en cualquier momento
- Sus respuestas se mantendrán confidenciales

Si tiene cualquier pregunta sobre esta encuesta, por favor, mándenos un correo electrónico a [VENDOR EMAIL] o llámenos a nuestra línea gratuita al [VENDOR PHONE]. Gracias.

**Haga clic en “EMPEZAR” para comenzar la encuesta.**



[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tal recolección exhiba un número de control válido del OMB. Esto aplica tanto a las recolecciones de información obligatorias como las voluntarias. El número de control válido del OMB para esta recolección es **0938-0732** (vence 1/31/2025). El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **10 minutos**, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Su plan de medicinas recetadas del 2023

1. Nuestros registros muestran que en el 2023 sus medicinas recetadas estaban cubiertas por el plan de Medicare de medicinas recetadas llamado [MARKETNAME]. ¿Es esto correcto?

- Sí  
 No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "SÍ" AT 1 SKIPS TO 3]

Su plan de medicinas recetadas del 2023

2. Por favor ingrese abajo el nombre del plan de medicinas recetadas de Medicare que tuvo en el 2023 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan.

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Su plan de medicinas recetadas

3. En los últimos 6 meses, ¿alguien de un consultorio médico, de una farmacia o de su plan de medicinas recetadas le contactó:

	<b><u>Sí</u></b>	<b><u>No</u></b>
a. Para asegurar que usted consiguió o renovó una receta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATRAS

SIGUIENTE

---

Su plan de medicinas recetadas

---

4. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir las medicinas que su doctor le recetó?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
  - No usé mi plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas en los últimos 6 meses

ATRAS

SIGUIENTE

---

Su plan de medicinas recetadas

---

5. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en su farmacia?
- Sí
  - No

ATRAS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- A RESPONSE OF "NO" AT 5 SKIPS TO 7]*

---

Su plan de medicinas recetadas

---

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en su farmacia?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre

ATRAS

SIGUIENTE

---

Su plan de medicinas recetadas

---

**7.** En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir alguna medicina recetada por correo?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- A RESPONSE OF "NO" AT 7 SKIPS TO 9]*

---

Su plan de medicinas recetadas

---

**8.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas recetadas por correo?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

ATRAS

SIGUIENTE

---

Su plan de medicinas recetadas

---

- 9.** Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de medicinas recetadas posible y el 10 el mejor plan de medicinas recetadas posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de medicinas recetadas?
- 0 El peor plan de medicinas recetadas posible
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10 El mejor plan de medicinas recetadas posible

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

- 10.** En general, ¿cómo calificaría toda su salud?
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**11.** En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**12.** ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Coreano
- Tagalo
- Vietnamita
- Otro idioma (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**13.** En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

**14.** En los últimos 6 meses, ¿tuvo que demorarse o no pudo conseguir una medicina recetada porque creía que no le alcanzaba el dinero?

- Sí
- No
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

**15.** Has a doctor ever told you that you had any of the following conditions?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. ¿Un ataque al corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Angina o enfermedad de las arterias del corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Presión arterial alta o la hipertensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Cáncer, <u>aparte de cáncer de la piel?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

**16.** ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**17.** ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**18.** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer los recados sólo, como ir al doctor o ir de compras?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**19.** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 8 años de escuela o menos
- 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
- Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**20.** ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?

- Sí, hispano o latino
- No, ni hispano ni latino

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**21.** ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca

ATRAS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

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

---

Acerca de usted

---

**22.** ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?

- 1 persona
- 2 a 3 personas
- 4 personas o más

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**23.** ¿A veces usa usted el internet en su hogar?

- Sí  
 No

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**24.** ¿Puede el Programa de Medicare ponerse en contacto con usted de nuevo para aprender más sobre su atención médica, o para invitarlo(a) a una discusión en grupo o a una entrevista sobre temas relacionados con la atención médica?

- Sí  
 No

ATRAS

SIGUIENTE

---

Acerca de usted

---

**25.** ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí  
 No

ATRAS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- A RESPONSE OF "NO" AT 25 SKIPS TO Muchas Gracias]*

---

Acerca de usted

---

**26.** ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Por favor marque una o más.

- Me leyó las preguntas
- Anotó las respuestas que le di
- Contestó las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de otra forma

ATRAS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

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

---

Muchas gracias

---

Ha llegado al final de la encuesta. Si ha terminado de responder las preguntas, haga clic en ENVIAR para cerrar la encuesta. Gracias por su tiempo.

ENVIAR

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

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

