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

2027 Prescription Drug Plan Survey Web Specifications
SPANISH VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, "ATRÁS" 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 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]*

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

Por favor ingrese el código de la encuesta que está impreso en la carta que recibió y haga clic en SIGUIENTE a continuación.

Código de encuesta de la carta:_____

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

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 2027, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2026
- 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.

EMPEZAR

[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 el 30 de noviembre de 2027)**. 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 2026

1. Nuestros registros muestran que en el 2026 sus medicinas recetadas estaban cubiertas por el plan de Medicare de medicinas recetadas llamado [MARKETNAME]. ¿Es esto correcto?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "SÍ" AT 1 SKIPS TO 3]*

Su plan de medicinas recetadas del 2026

2. Por favor ingrese abajo el nombre del plan de medicinas recetadas de Medicare que tuvo en el 2026 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan.

ATRÁS 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:

	Sí	**No**
a. Para asegurar que usted consiguió o renovó una receta?	○	○
b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado?	○	○

ATRÁS 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

ATRÁS 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

ATRÁS 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

ATRÁS 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

ATRÁS 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

ATRÁS 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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

10. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

ATRÁS 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]

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS 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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

15. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades?

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

17. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS 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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

20. ¿A qué raza o etnicidad pertenece? Por favor marque una o más.

- ○ Indígena americana o nativa de Alaska
- ○ Asiática
- ○ Negra o afroamericana
- ○ Hispana o latina
- ○ De medio oriente o África del norte
- ○ Nativa de Hawái o Islas del Pacífico
- ○ Blanca

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *20 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

Acerca de usted

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

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

22. ¿Alguna vez usa usted el internet en su hogar?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

23. ¿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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

24. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 24 SKIPS TO Muchas Gracias]*

Acerca de usted

25. ¿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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *25 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]*