

Vietnamese

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

2024 Prescription Drug Plan Web Survey

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

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

2024 Prescription Drug Plan Survey Web Specifications VIETNAMESE VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- Display only one survey item per screen
- When displayed, "BACK" button appears in the lower left of each screen
- When displayed, "NEXT" 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
CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI CUỘC THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ TRẢI NGHIỆM
MEDICARE

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

Vui lòng nhập mã tham gia thăm dò ý kiến được in trong thư mà chúng tôi gửi cho quý vị, rồi nhấn TIẾP THEO ở bên dưới.

Survey code from letter/ Mã tham gia thăm dò ý kiến được in trong thư: _____

NEXT / TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY
CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI CUỘC THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ TRẢI NGHIỆM
MEDICARE

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

Bản thăm dò ý kiến này hỏi về quý vị và trải nghiệm với Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa Medicare của quý vị.

- Continue in English
- Tiếp tục bằng tiếng Việt

NEXT / TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *SAMPLE MEMBERS WHO CLICK ON URL/PIN FROM EMAIL START WITH THIS SCREEN*
- *A RESPONSE OF "Tiếp tục bằng tiếng Việt" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE VIETNAMESE VERSION OF THE SURVEY]*

CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI CUỘC THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ TRẢI NGHIỆM
MEDICARE

Bản thăm dò ý kiến này hỏi về quý vị và dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận được trong sáu tháng vừa qua. Khi trả lời mỗi câu hỏi, xin quý vị nghĩ về chính mình và những lần quý vị được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gặp mặt trực tiếp, qua điện thoại hoặc cuộc gọi video. Xin vui lòng dành thời giờ để trả lời bản thăm dò ý kiến này. Các câu trả lời của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi.

- Nếu quý vị thay đổi chương trình Medicare cho năm 2024, xin hãy trả lời các câu hỏi khi nghĩ về các trải nghiệm của mình trong 6 tháng vừa qua của năm 2023.
- Quý vị sẽ cần khoảng 10 phút để trả lời các câu hỏi trong bản thăm dò ý kiến này
- Việc quý vị tham gia thăm dò ý kiến là hoàn toàn tự nguyện
- Quý vị có thể bỏ qua bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị không muốn trả lời
- Quý vị có thể rời khỏi cuộc thăm dò ý kiến bất kỳ lúc nào
- Câu trả lời của quý vị sẽ được giữ bí mật

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về cuộc thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi email cho chúng tôi tại địa chỉ [EMAIL] hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn cước [PHONE]. Cảm ơn quý vị.

Nhấp **BẮT ĐẦU** để bắt đầu cuộc thăm dò ý kiến.

BẮT ĐẦU

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Thể theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không một ai bị bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi trên bản câu hỏi có ghi rõ số kiểm soát OMB có hiệu lực. Điều này áp dụng cho cả trường hợp thu thập thông tin bắt buộc lẫn tự nguyện. Số kiểm soát OMB có hiệu lực cho bản thu thập thông tin này là **0938-0732** (hết hạn ngày 31/1/2025). Thời gian cần thiết để hoàn thành bản thu thập thông tin này được ước tính trung bình **10 phút**, bao gồm thời gian để xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì trong việc đơn giản hóa bản thăm dò ý kiến này, vui lòng gửi thư về: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

1. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy trong năm 2023 thuốc theo toa của quý vị được chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare có tên là [PD PLAN NAME] cung cấp bảo hiểm. Có đúng như thế không?

- Có
 Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "CÓ" AT 1 SKIPS TO 3]

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

2. Vui lòng nhập tên chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare mà quý vị đã có trong năm 2023 bên dưới và hoàn tất phần còn lại của bản thăm dò ý kiến này dựa trên kinh nghiệm của quý vị với chương trình đó.

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

3. Trong 6 tháng vừa qua, có ai từ văn phòng bác sĩ, nhà thuốc tây hoặc chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị liên lạc với quý vị:

	<u>Có</u>	<u>Không</u>
a. Để biết chắc quý vị đã đi lấy hoặc lấy thêm thuốc không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Để biết chắc quý vị đang uống thuốc theo chỉ dẫn không?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

4. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa để nhận thuốc theo toa của bác sĩ có thường dễ dàng không?
- Chưa bao giờ
 - Thỉnh thoảng
 - Thường thường
 - Luôn luôn
 - Tôi không sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của tôi để nhận thuốc trong 6 tháng vừa qua

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

5. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có từng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của mình để mua thuốc theo toa ở nhà thuốc tây địa phương không?
- Có
 - Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "KHÔNG" AT 5 SKIPS TO 7]*

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

6. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa ở nhà thuốc tây địa phương có thường dễ dàng không?
- Chưa bao giờ
 - Thỉnh thoảng
 - Thường thường
 - Luôn luôn

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

7. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có từng sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa gửi qua bưu điện không?
- Có
 - Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "KHÔNG" AT 7 SKIPS TO 9]*

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

8. Trong 6 tháng vừa qua, việc sử dụng chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị để mua thuốc theo toa gửi qua bưu điện có thường dễ dàng không?
- Chưa bao giờ
 - Thỉnh thoảng
 - Thường thường
 - Luôn luôn

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Chương trình Bảo hiểm Thuốc Theo Toa của Quý vị

- 9.** Dùng từ số 0 đến số 10, số 0 dành cho chương trình bảo hiểm thuốc theo toa kém nhất và số 10 dành cho chương trình bảo hiểm thuốc theo toa tốt nhất, quý vị sẽ chọn số nào để đánh giá về chương trình thuốc theo toa của mình?
- 0 Chương trình thuốc theo toa kém nhất
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 Chương trình thuốc theo toa tốt nhất

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

- 10.** Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tổng quát của quý vị như thế nào?
- Xuất sắc
 - Rất tốt
 - Tốt
 - Tạm được
 - Kém

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

11. Nói chung, quý vị đánh giá sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc tổng quát của quý vị như thế nào?

- Xuất sắc
- Rất tốt
- Tốt
- Tạm được
- Kém

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

12. Quý vị chủ yếu nói ngôn ngữ nào nhiều nhất ở nhà?

- Tiếng Anh
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Trung
- Tiếng Hàn
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt
- Ngôn ngữ khác → Vui lòng ghi chữ in hoa: _____
[OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

13. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có nằm bệnh viện một đêm hoặc nhiều hơn một đêm không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

14. Trong 6 tháng vừa qua, quý vị có chờ hoặc không đi mua thuốc vì quý vị thấy mình không đủ khả năng mua thuốc không?

- Có
- Không
- Bác sĩ của tôi không có kê toa thuốc nào cho tôi trong 6 tháng vừa qua

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

15. Có bác sĩ nào từng nói với quý vị rằng quý vị có một trong những bệnh trạng sau không?

	Có	Không
a. Đau tim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Đau thắt ngực hoặc bệnh mạch vành?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Huyết áp cao?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ung thư, ngoại trừ ung thư da?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tràn khí, hen suyễn hoặc COPD (bệnh tắc nghẽn mãn tính)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Bệnh tiểu đường hoặc đường huyết cao?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

16. Quý vị có gặp khó khăn trầm trọng khi đi bộ hay lên xuống cầu thang không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

17. Quý vị có gặp khó khăn khi mặc quần áo hay tắm rửa không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

18. Quý vị có gặp khó khăn khi làm những việc vất vả một mình như đi khám tại văn phòng bác sĩ hay đi mua sắm vì những vấn đề về sức khỏe, tâm thần hay cảm xúc không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

19. Cấp lớp hoặc trình độ học vấn cao nhất quý vị đã hoàn tất là gì?

- Từ lớp 8 trở xuống
- Trung học, nhưng chưa tốt nghiệp
- Tốt nghiệp trung học hoặc có GED
- Có học chút ít tại đại học hoặc có bằng đại học 2 năm
- Tốt nghiệp đại học 4 năm
- Cao hơn trình độ đại học 4 năm

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

20. Có phải quý vị là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh không?

- Phải, tôi là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh
- Không, tôi không phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

21. Quý vị thuộc chủng tộc nào? Xin chọn một hoặc một số các chủng tộc sau đây.

- Người Mỹ bản xứ hoặc người bản xứ Alaska
- Người Á đông
- Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Châu
- Người bản xứ Hạ Uy Di hoặc người thuộc các Quần đảo Thái Bình Dương
- Người da trắng

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Thông tin về Quý vị

22. Hiện có bao nhiêu người đang sống trong nhà của quý vị, kể cả quý vị?

- 1 người
- 2 đến 3 người
- 4 người trở lên

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

23. Quý vị có từng sử dụng internet ở nhà không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

24. Chương trình Medicare có thể liên lạc với quý vị một lần nữa để tìm hiểu thêm về sự chăm sóc sức khỏe, hoặc mời quý vị tham gia vào một cuộc thảo luận theo nhóm hoặc phỏng vấn quý vị về những chủ đề liên quan đến sự chăm sóc sức khỏe của quý vị không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

Thông tin về Quý vị

25. Có ai giúp quý vị hoàn tất trả lời bản thăm dò ý kiến này không?

- Có
- Không

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Thông tin về Quý vị

26. Người đó giúp quý vị như thế nào? Đánh dấu vào một hoặc nhiều cách.

- Đọc các câu hỏi này cho tôi nghe
- Ghi giúp tôi các câu trả lời
- Trả lời câu hỏi thay cho tôi
- Dịch các câu hỏi sang ngôn ngữ của tôi
- Giúp tôi bằng cách khác

QUAY LẠI

TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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

Xin cảm ơn

Đây là phần cuối của cuộc thăm dò ý kiến. Nếu quý vị đã trả lời xong các câu hỏi, vui lòng nhấp GỬI để đóng cuộc thăm dò ý kiến. Cảm ơn quý vị đã dành thời gian cho chúng tôi.

GỬI

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

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