

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

2025 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 CMS home page <https://www.cms.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

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

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 2025, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2024
- 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 TBD). 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 2024

1. Nuestros registros muestran que en el 2024 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 2024

2. Por favor ingrese abajo el nombre del plan de medicinas recetadas de Medicare que tuvo en el 2024 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<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"/>

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

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

ATRÁS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- Indígena americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca

ATRÁS

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

ATRÁS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- Sí
 No

ATRÁS

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

ATRÁS

SIGUIENTE

Acerca de usted

25. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
 No

ATRÁS

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

ATRÁS

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]*