

**Korean**

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

**2025 Prescription Drug Plan Survey**

# 2025 Medicare 경험 조사

## MEDICARE 설문지 작성 안내

본 설문조사는 귀하의 정보와 지난 6개월간 받으신 의료 서비스에 관한 것입니다. 귀하 자신과 귀하가 직접 대면, 전화 또는 영상 통화를 통해 의료 서비스를 받으셨을 때를 떠올리며 각 질문에 응답해주시시오. 부디 시간을 내어 본 설문조사를 완료해주시기 바랍니다. 귀하의 응답은 저희에게 매우 중요합니다. 완료하신 설문지는 동봉된 우편 요금 선납 봉투에 넣어 [SURVEY VENDOR](으)로 보내주시기 바랍니다.

- 2025년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2024년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주시시오.
- 다음과 같이 답변 왼쪽 상자에 "X" 표시를 하여 모든 질문에 답해 주십시오.  
 예
- 반드시 모든 선택지를 읽고 답변해 주십시오.
- 이 설문조사에는 답변하지 않아도 되는 질문도 있습니다. 이럴 때 화살표와 함께 다음에 답해야 하는 질문을 지시하는 설명이 있습니다.  
예시: [→ '아니요'인 경우 3번 질문으로 가십시오]. 다음 예시를 참고하십시오.

### 예시

1. 현재 보청기를 착용하고 계십니까?  
 예  
 아니요 → '아니요'인 경우 3번 질문으로 가십시오
2. 얼마나 오래 보청기를 착용하셨습니까?  
 1년 미만  
 1년에서 3년  
 3년 넘게  
 보청기를 착용하지 않음
3. 지난 6개월 사이에 두통을 앓으신 적이 있습니까?  
 예  
 아니요

1995년 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** (TBD 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.

1. 저희 기록에 따르면 2024 년에 귀하의 처방약은 뒤 페이지에 기재된 Medicare 처방약 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

- 예 → '예'인 경우 3 번 질문으로 가십시오
- 아니요

2. 2024 년에 귀하께서 사용한 Medicare 처방약 플랜의 이름을 아래에 적으시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오. (정자로 적어주십시오)

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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 지난 6 개월간 의사가 처방한 의약품을 처방약 플랜을 사용하여 쉽게 구매하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상
- 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 의약품을 구매한 적이 없음

5. 지난 6 개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 조제 받으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 7 번 질문으로 가십시오

6. 지난 6 개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

7. 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 처방약을 우편으로 받으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 9 번 질문으로 가십시오

8. 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 우편 처방약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

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

---

**귀하에 대하여**

---

10. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

11. 대체적으로 귀하의 전반적 정신적 또는 정서적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

12. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는 언어는 무엇입니까?

- 영어
- 스페인어
- 중국어
- 한국어
- 타갈로그어
- 베트남어
- 기타 언어 → 정자로 적어주십시오: \_\_\_\_\_

13. 지난 6 개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

14. 지난 6 개월간 약품 가격 때문에 처방약 조제를 연기하거나 조제를 받지 않으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요
- 지난 6 개월간 의사에게 약을 처방받은 적이 없음

15. 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

- |                              | <u>예</u>                 | <u>아니요</u>               |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 심장마비                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 협심증 또는 관상 동맥성 심장질환        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 고혈압                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>피부암을 제외한</u> 암         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 폐기종, 천식, COPD(만성 폐색성 폐질환) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 모든 당뇨병 유형, 고혈당            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있으십니까?

- 예
- 아니요

17. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있으십니까?

- 예
- 아니요

18. 신체적, 정신적, 정서적 증세 때문에 의사 방문이나 쇼핑 등 일상적인 활동을 하는 데 어려움을 겪고 있으십니까?

- 예
- 아니요

19. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- 중졸 이하
- 고교 중퇴
- 고졸 또는 검정고시(GED)
- 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위
- 대졸
- 대학원 이상

20. 히스패닉 또는 라티노이십니까?

- 히스패닉 또는 라티노임
- 아니요, 히스패닉 또는 라티노가 아님

21. 귀하의 인종은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

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

22. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- 1명
- 2~3명
- 4명 이상

23. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- 예
- 아니요

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

25. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- 예
- 아니요 → **감사합니다.**  
작성하신 설문지를 우편 요금 선납 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다.

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

감사합니다

작성하신 설문지를 우편 요금 선납 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다.

**[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]**

**Contract Name:** \_\_\_\_\_

**[OPTIONAL]**

또한, 다음 중 하나로도 플랜을 아실 수 있습니다: