



2021 年罗德岛州 Medicaid 会员调查



说明：感谢您参与本次调查。您的反馈非常重要，将有助于我们改善和增强我们在罗德岛州提供医疗护理的方式。您的回答将被保密，并且不会以任何方式影响您的福利。完成本调查大约需要 4 或 5 分钟。

您可以通过使用移动设备扫描二维码来进行线上回复，或按第 4 页上所述以电子邮件/邮寄方式回复。

1. 您是否目前已加入 Medicaid Managed Care，并且从 Neighborhood Health Plan of Rhode Island – TRUST/ACCESS、United Healthcare Community Plan 或 Tufts Health Public Plan RI Together 获得医保福利？

- 是 否 不确定 / 不知道

请填写您的基本信息。

2. 您的年龄是？

- 未满 18 岁 18-24 岁 25-34 岁 35-44 岁 45-54 岁 55-64 岁 65 岁以上

3. 您的性别是？

- 女性 男性 非二元 跨性别 双性 不方便透露
 您对自己的描述是：非二元、性别流动、无性别或其他（请说明）。

4. 您最符合哪个种族/民族？（请仅选择一个）

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚裔 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
 黑人或非裔美国人 白人 西班牙裔/拉丁裔
 多种族 不方便透露
 其他（请说明）

请告诉我们您的健康和医疗护理需求。

5. 一般来说，您如何描述自己的健康状况？

- 极好 好 一般 差 极差

6. 您通常在需要护理时有常规的医疗保健提供者（医生、护士、保健中心等）吗？

- 是 否 否，但是我需要 否，我不需要
 其他（请说明）

7. 在 Medicaid Managed Care 计划中，会有一个健康计划（Neighborhood Health Plan、Tufts Health Plan 或 United Healthcare）来帮助您进行医护管理。您选择了现在的健康计划吗？

- 是 否 不确定 / 不知道

8. 在选择当前的健康计划时，对您来说最重要的是什么？（选择一个或多个）

- 我现在的医疗保健提供者（医生、护士、保健中心、其他）是否接受该计划
- 计划中所有可用的医疗保健提供者（医生、护士、保健中心、其他）
- 计划承保的药物和治疗
- 计划提供的其他服务和福利（健身房会员计划、礼品卡等）
- 哪个计划是“最佳”的或具有最高质量评级
- 我过去参加这项健康计划的体验
- 朋友/家人推荐
- 其他（请说明）

9. 如果您可以更改健康计划，您会更改吗？

- 会 不会

10. 您的健康计划中是否有人可以帮助您的护理？

- 是，我有 否，但是我需要帮助 否，我不需要帮助 不确定/不知道
- 其他（请说明）

11. 您最需要什么帮助来保持健康？（选择一个或多个）

- 寻找医疗保健提供者（医生、护士、保健中心、其他）
- 获得预约
- 安排预约
- 去医疗保健提供者（医生、护士、保健中心、其他）诊室的来回交通
- 口译服务
- 获取药物
- 获得牙科护理
- 食物或住房帮助
- 酗酒或滥用药物的帮助
- 焦虑、沮丧或其他情绪问题的帮助

（接下页）

- 糖尿病、心脏病或其他疾病的帮助
- 提供长期服务，在家护理的帮助
- 助听器、眼镜或其他医疗用品/设备
- 其他（请说明）

- 以上皆否

12. 如果您需要帮助，谁在您的健康/医疗护理方面为您提供最大的帮助？

- 我的医疗保健提供者/我的医疗保健提供者（医生、护士、保健中心、其他）诊室的工作人员
- 家庭保健护士、助理或其他服务提供者
- 我的健康计划中的人
- 朋友或家人
- 没有人帮助我/我自己可以解决
- 我不需要帮助
- 其他（请说明）

13. 在过去的 6 个月中，您是否作为患者在医院过夜？

- 是
- 否
- 不确定 / 不知道

14. 从医院回家后，您是否得到了如何照顾自己的指示？

- 是的，我知道该怎么做
- 我得到了指示，但并没有全部理解
- 不，我回家之前没有得到指示
- 其他（请说明）

15. 在过去的 6 个月中，您是否去过急诊室接受医疗护理？

- 是
- 否
- 不确定 / 不知道
- 其他（请说明。）

请告诉我们您是否同意以下说法：

	强烈同意	同意	中立/ 无意见	反对	强烈反对
我的健康计划、医疗保健提供者（医生、护士、健康中心、其他）和其他照护人员与我一起帮助我保持健康。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
当我谈论我的医疗保健需求时，我的医疗保健计划，医疗保健提供者（医生、护士、健康中心、其他）和其他照护人员都会认真倾听。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我的健康计划、医疗保健提供者（医生、护士、健康中心、其他）和其他照护人员都会花时间了解我的个人情况/目标。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我知道如何在需要时获得有关我的健康的帮助/信息。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
我感觉自己可以管理好自己的健康/护理。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

感谢您与罗德岛州 Medicaid 分享您的想法。

请将完成的调查表通过邮件发送至：

**RI Executive Office of Health & Human Services
Managed Care Unit
3 West Road
Cranston, RI 02920**

或将完成的调查通过电子邮件发送至 ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov

免费提供语言协助服务。请致电 1-844-602-3469 (TTY 711)。