



Enquête de 2021 auprès des membres de Medicaid de Rhode Island

Instructions : Merci de participer à cette enquête. Vos commentaires sont très importants et nous aideront à améliorer et à renforcer la façon dont nous prodiguons les soins de santé à Rhode Island. **Vos réponses demeureront confidentielles et vos prestations ne seront aucunement touchées par vos réponses. Il vous faudra environ 4 ou 5 minutes pour répondre à l'enquête.**

Vous pouvez fournir des réponses par voie électronique en numérisant le code QR avec votre appareil mobile ou en envoyant par courriel ou par la poste les réponses, comme indiqué à la page 4.

1. Êtes-vous actuellement inscrit(e) à Medicaid Managed Care et recevez-vous vos prestations de Neighborhood Health Plan de Rhode Island - TRUST/ACCESS, United Healthcare Community Plan ou Tufts Health Public Plan RI ensemble?

- Oui Non Incertain(e) / Ne sait pas

Parlez-nous de vous.

2. Quel est votre âge?

- Moins de 18 ans 18-24 ans 25-34 ans 35-44 ans 45-54 ans 55-64 ans 65 ans et plus

3. Quel est votre sexe?

- Femme Homme. Non-binaire Transgenre Intersexe. Préfère ne pas répondre
 Préfère se définir comme : non-binaire, genre-fluide, agenre, ou autre (Veuillez préciser.)

4. Quelle race/ethnie vous décrit le mieux? (Veuillez n'en choisir qu'une seule.)

- Amérindien ou autochtone d'Alaska Asiatique Hawaïen autochtone ou autre insulaire du Pacifique
 Noir ou Afro-américain Blanc Hispanique/Latino
 Ethnies multiples Préfère ne pas répondre
 Autre (Veuillez préciser.)

Veillez nous parler de votre santé et de vos besoins en matière de soins de santé.

5. Comment décririez-vous votre santé, en général?

- Excellente Bonne Passable/Mauvaise Mauvaise Très mauvaise

6. **Avez-vous un fournisseur de soins de santé régulier (médecin, infirmière, centre de santé, autre) auquel vous vous adressez habituellement lorsque vous avez besoin de soins?**

- Oui Non Non, mais j'en voudrais un Non, je n'en ai pas besoin
 Autre (Veuillez expliquer)

7. **Dans le cadre de Medicaid Managed Care, un régime d'assurance-maladie (Neighborhood Health Plan, Tufts Health Plan ou United Healthcare) vous aide à gérer vos soins. Avez-vous choisi le régime d'assurance-maladie que vous avez maintenant?**

- Oui Non Incertain(e) / Ne sait pas

8. **Qu'est-ce qui est le plus important pour vous lorsque vous choisissez votre régime d'assurance-maladie actuel?** *(Choisissez une ou plusieurs réponses)*

- Si mon prestataire de soins actuel (médecin, infirmière, centre de santé, autre) accepte le plan.
 Tous les prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, centres de santé, autres) auxquels j'ai accès dans le cadre du régime.
 Médicaments et traitements couverts par le régime
 Services et prestations supplémentaires offerts par le régime (abonnement à une salle de sport, cartes-cadeaux, etc.)
 Quel est le régime considéré comme « le meilleur » ou ayant les notes de qualité les plus élevées?
 Ma propre expérience passée avec ce régime d'assurance-maladie
 Recommandations d'amis/de la famille
 Autre (Veuillez expliquer)

9. **Si vous pouviez changer de régime d'assurance-maladie, le feriez-vous?**

- Oui Non

10. **Quelqu'un de votre régime d'assurance-maladie vous aide-t-il pour vos soins?**

- Oui, quelqu'un m'aide Non, mais j'aimerais être aidé(e) Non, je n'ai pas besoin d'aide
 Pas sûr(e) / Je ne sais pas Autre (Veuillez expliquer)

11. **Dans quel domaine avez-vous le plus besoin d'aide pour rester en bonne santé?** *(Choisissez une ou plusieurs réponses)*

- Trouver un prestataire de soins de santé (médecin, infirmière, centre de santé, autre)
 Obtenir un rendez-vous

(suite à la page suivante)

- Prendre un rendez-vous
- Transport vers le cabinet de mon prestataire de soins (médecin, infirmière, centre de santé, autre)
- Services d'un interprète
- Obtenir des médicaments
- Obtenir des soins dentaires
- Aide pour la nourriture ou le logement
- Aide en cas d'abus d'alcool ou de drogues
- Aide en cas d'anxiété, de dépression ou d'autres problèmes émotionnels
- Aide en cas de diabète, de maladie cardiaque ou d'autres problèmes de santé
- Aide pour les services à long terme, les soins à domicile
- Appareils auditifs, lunettes, ou autres fournitures/équipements médicaux
- Autres (veuillez expliquer)

- Aucun de ces éléments

12. Si vous avez besoin d'aide, qui vous aide le plus pour votre santé/vos soins de santé?

- Mon prestataire de soins de santé/le personnel du cabinet de mon prestataire de soins de santé (médecin, infirmière, centre de santé, autre).
- Une infirmière à domicile, une aide ou un autre prestataire de services.
- Quelqu'un de mon régime d'assurance-maladie
- Un ami ou un membre de la famille
- Je n'ai pas d'aide/je me débrouille tout(e) seul(e)
- Je n'ai pas besoin d'aide
- Autres (veuillez expliquer)

13. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous passé la nuit en tant que patient à l'hôpital?

- Oui
- Non
- Incertain(e) / Ne sait pas

14. Vous a-t-on donné des instructions sur la façon de prendre soin de vous après votre retour de l'hôpital?

- Oui, j'ai compris ce qu'il fallait faire
- J'ai reçu des instructions, mais je ne les ai pas toutes comprises.
- Non, je n'ai pas reçu d'instructions avant de rentrer chez moi
- Autres (veuillez expliquer)

15. Au cours des 6 derniers mois, êtes-vous allé(e) aux urgences pour vos soins de santé?

Oui Non Pas certain(e) / Ne sait pas

Autres (veuillez préciser)

Veuillez nous dire dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les phrases ci-dessous :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre/Pas d'opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Mon régime d'assurance-maladie, les prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, centre de santé, autres) et les autres soignants travaillent avec moi pour m'aider à rester en bonne santé.	<input type="radio"/>				
Mon régime d'assurance-maladie, les prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, centres de santé, autres) et les autres soignants m'écoutent lorsque je parle de mes besoins en matière de soins de santé.	<input type="radio"/>				
Mon régime d'assurance-maladie, les prestataires de soins de santé (médecins, infirmières, centres de santé, autres) et les autres soignants prennent le temps de comprendre ma situation/mes objectifs personnels.	<input type="radio"/>				
Je sais comment obtenir de l'aide/des renseignements sur ma santé lorsque j'en ai besoin.	<input type="radio"/>				
Je sens que je contrôle ma santé/mes soins.	<input type="radio"/>				

Merci de partager votre opinion avec Rhode Island Medicaid.

Veuillez envoyer l'enquête complétée par courrier à :

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

ou par courriel à l'adresse suivante : ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov

Des services d'assistance linguistique sont à votre disposition gratuitement.

Appelez le 1-844-602-3469 (TTY 711).