

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

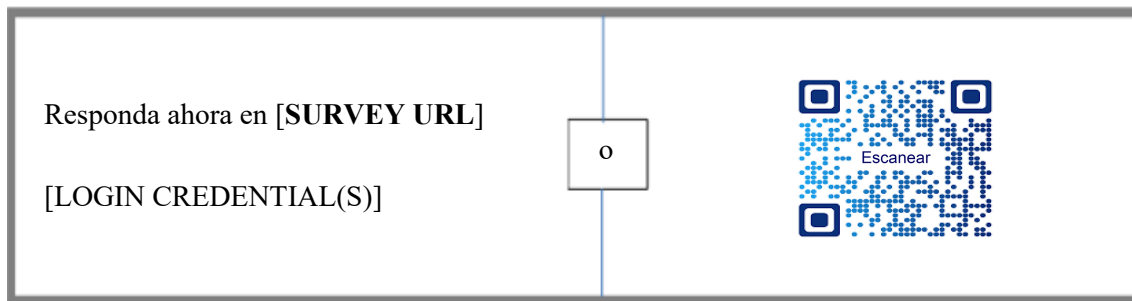
[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

Estimado(a) [ENROLLEE FIRST AND LAST NAME],

Usted pronto recibirá una encuesta sobre los servicios que recibió a través de [QHP ISSUER NAME] entre julio y diciembre del 2023. Esta encuesta es auspiciada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y debería tomar unos 10 minutos para completarla.

Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas. [QHP ISSUER NAME] usará las respuestas combinadas de la encuesta para proporcionar mejores servicios y atención para sus miembros. Usted les ayudará a lograr esa meta al completar esta encuesta. Los resultados de esta encuesta también se usarán para calcular las calificaciones de calidad de planes de salud. El público puede usar esas calificaciones para comparar planes en CuidadoDeSalud.gov o en las páginas web de sus mercados estatales.

Para ahorrar tiempo y papel, usted puede completar esta encuesta en línea ahora mismo visitando [SURVEY URL] [VENDORS THAT INCLUDE QR CODE INSERT: o usando la cámara de su teléfono para escanear el código QR a continuación]. En esta página web se le pedirá la siguiente información privada: [TYPE OF LOGIN CREDENTIAL(S)]. Es posible que usted haya recibido una invitación a su dirección de correo electrónico. Si ese es el caso, la invitación le llevará directamente a la misma encuesta.



Su plan de salud contrató [VENDOR NAME] para llevar a cabo esta encuesta. Si usted tiene alguna pregunta sobre la encuesta, llame a [VENDOR NAME] al (XXX) [XXX-XXXX], entre [XX:XX] a.m. y [XX:XX] p.m. [VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excluyendo días festivos federales), o comuníquese por correo electrónico al [VENDOR EMAIL].

Le agradecemos mucho su ayuda para mejorar el cuidado de salud.

Atentamente,

[SIGNATURE]
[NAME AND TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM VENDOR or QHP ISSUER]
[VENDOR or QHP ISSUER NAME]

To request an English survey by mail, or to respond to the survey over the phone, call the following number: (XXX) [XXX-XXXX]. To respond to the survey in English via the internet, go to this website: [SURVEY URL] and use this login information: [LOGIN CREDENTIAL(S)].

[IF OFFERING IN CHINESE] 如需索取中文版调查问卷, 或以中文进行电话调查问卷, 请联络:
(XXX) [XXX-XXXX]。

2024 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey

Prenotification Letter: Spanish

[DO NOT INCLUDE THIS FOOTER IN LETTERS SENT TO ENROLLEES]