

[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],

Por favor, díganos cómo se sintió acerca de sus experiencias recientes de atención médica con [QHP ISSUER NAME] en la encuesta adjunta. Esta encuesta es auspiciada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y debería tomar unos 10 minutos para completarla.

El propósito de esta encuesta es el de entender las experiencias que la gente tiene con sus planes de salud. Sus experiencias con su plan de salud son únicas y esta información sólo nos la puede dar usted. Esta encuesta hará preguntas sobre la atención que usted recibió a través de su plan de salud entre julio y diciembre del 2023. La encuesta le hará preguntas como:

- ¿Qué tan fácil fue obtener atención médica cuando la necesitaba?
- ¿El doctor pasó suficiente tiempo con usted y le trató con respeto?
- ¿Recibió usted la información que necesitaba como cuánto tenía que pagar para su cuidado de salud?

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 cuidado 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 estas calificaciones para comparar los planes en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o en las páginas web de sus mercados estatales.

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].

Por favor, envíe la encuesta completa en el sobre prepagado adjunto.

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].

[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
Cover Letter for First Survey Mailing: Spanish

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