

[VENDOR LOGO]
[VENDOR ADDRESS]

and/or [QHP ISSUER LOGO ONLY NO ADDRESS]

2027 Qualified Health Plan Enrollee Experience Survey
Cover Letter for First Survey Mailing: Spanish

[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, participe en esta encuesta importante acerca de sus experiencias recientes de atención médica con [QHP ISSUER NAME]. Esta encuesta debería tomar unos 10 minutos para completarla y sus respuestas se mantendrán privadas. Sus opiniones ayudarán a su plan de salud a mejorar los servicios y la atención médica.

Esta encuesta es auspiciada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La encuesta le hará preguntas sobre la atención que usted recibió entre julio y diciembre del 2026, como:

- Qué tan fácil fue obtener atención médica cuando la necesitaba
- Si el doctor pasó suficiente tiempo con usted y le trató con respeto
- Si recibió usted la información que necesitaba como cuánto tenía que pagar

Sus respuestas serán combinadas con las respuestas de otras encuestas y se usarán para ayudar a [QHP ISSUER NAME] proporcionar mejores servicios. Las respuestas también se utilizan para calcular las calificaciones de calidad que el público usa para comparar los planes de salud.

Participar en esta encuesta es voluntario. 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.

Gracias por ayudar a 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 in English, 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] 。