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

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

Le enviamos por correo recientemente una encuesta para preguntarle sobre la atención médica que usted recibió a través de [QHP ISSUER NAME] entre julio y diciembre del 2024. Por favor, díganos cómo se sintió acerca de sus experiencias recientes con su plan de salud en la encuesta adjunta. Sus experiencias con su plan de salud son únicas y esta información sólo nos la puede dar usted.

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. Se le harán 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 atención para sus miembros. Usted les ayudará a lograr esta 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 los planes en CuidadoDeSalud.gov o en las páginas web de sus mercados estatales.

Si usted tiene alguna pregunta, 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, envié 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 respond to the survey in English over the phone, call the following number: (XXX) [XXX-XXXX].

[IF OFFERING IN CHINESE] 这项调查提供中文版。如需以中文进行电话调查问卷，请联络：(XXX) [XXX‑XXXX] 。