

# Sample Notification Letters and Emails for the CAHPS® Health Plan Survey

This document contains sample letters, emails, and reminder postcards in both English and Spanish that you can customize to suit your survey project. These letters and emails have been adapted from actual materials used in testing and implementation of the Commercial and Medicaid Surveys. Sponsors and vendors are urged to use these letters and/or emails, as they are a critical part of the survey protocol. In addition, the instructions provided in this document offer helpful tips for achieving target response rates.

## **Instructions for Customizing Letters and Emails ..... 1**

## **Letters and Emails in English..... 4**

Mail Survey: Initial Letter (Commercial) .....	4
Mail Survey: Initial Letter (Medicaid).....	5
Mail Survey: First Reminder .....	6
Mail Survey: Second Reminder (Commercial).....	7
Mail Survey: Second Reminder (Medicaid).....	8
Telephone Survey: Advance Letter (Commercial) .....	9
Telephone Survey: Advance Letter (Medicaid).....	10
Online Survey: Initial Email (Commercial) .....	11
Online Survey: Initial Email (Medicaid).....	12
Online Survey: First Reminder Email .....	13
Online Survey: Second Reminder Email (Commercial) .....	14
Online Survey: Second Reminder Email (Medicaid).....	15

## **Letters and Emails in Spanish..... 16**

Mail Survey: Initial Letter (Commercial) .....	16
Mail Survey: Initial Letter (Medicaid).....	17
Mail Survey: First Reminder .....	18
Mail Survey: Second Reminder (Commercial).....	19
Mail Survey: Second Reminder (Medicaid).....	20
Telephone Survey: Advance Letter (Commercial) .....	21
Telephone Survey: Advance Letter (Medicaid).....	22
Online Survey: Initial Email (Commercial) .....	23
Online Survey: Initial Email (Medicaid).....	24
Online Survey: First Reminder Email .....	25
Online Survey: Second Reminder Email (Commercial) .....	26
Online Survey: Second Reminder Email (Medicaid).....	27

## Documents Available for the CAHPS Health Plan Survey 5.0

This document is part of a comprehensive set of instructional materials that address implementing the Health Plan Survey, analyzing the data, and reporting the results. All documents are available on the [Agency for Healthcare Research and Quality's Web site](#). For assistance in accessing these documents, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or [cahps1@westat.com](mailto:cahps1@westat.com).

For descriptions of these documents, refer to: *What's Available for the CAHPS Health Plan Survey 5.0*.

### Questionnaires

- *CAHPS Health Plan Survey: Overview of the Questionnaires*
- *Health Plan Survey 5.0* (Adult and Child, English and Spanish)
  - *Medicaid Survey 5.0*
  - *Commercial Survey 5.0*

### Supplemental Items

- [Supplemental Items for the Clinician & Group Survey 3.0](#)

Some supplemental items for this survey are intended to be administered together. Learn more about these item sets:

- [People with Mobility Impairments](#)
- [Children with Chronic Conditions](#)

### Survey Administration Guidelines

- *Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Health Plan Survey*
- *Fielding the CAHPS Health Plan Survey*
- *Sample Notification Letters and Emails for the CAHPS Health Plan Survey*
- *Sample Telephone Script for the CAHPS Health Plan Survey*

### Reporting Measures and Guidelines

- *Patient Experience Measures from the CAHPS Health Plan Survey*

### Available for all CAHPS surveys

- [Analyzing CAHPS Survey Data](#): Free programs for analyzing the data, guidance on preparing survey results for analysis, and instructions for using the CAHPS Analysis Program.
- [Translating Surveys and Other Materials](#): Guidelines for translating surveys and selecting translators and translation reviewers.

## Instructions for Customizing Letters and Emails

The sample letters, postcards, and emails that follow have been provided to help you draft your own material. The following tips can help you customize the text to suit your particular needs:

1. If possible, **personalize the letter and/or email**. Whether you use a salutation with a Mr./Ms. (Sr./Sra.) or “first name, last name” depends on how the sample files have been maintained. A few survey sponsors have opted to address the respondent as “Dear [HEALTH PLAN NAME] Member” or as “Dear Member” (or in Spanish, “Estimado/a afiliado”). Respondents are more likely to complete the survey when they receive a personalized letter.
2. If you have an institutional review board (IRB) that reviews research involving human subjects, **customize the privacy statement as appropriate** to meet the requirements of the IRB. Some sponsors have revised the second paragraph to read as follows:

“The information that you provide will be kept **completely private and confidential** and your answers will never be matched with your name. Your individual answers will never be seen by your health plan or anyone else involved with your care. *We will not share your information with anyone without your OK, except where the law may require it.*”

“La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. *No vamos a compartir su información con nadie sin que usted nos dé permiso, excepto cuándo lo requiera la ley.*”

3. **Include a sentence or two on how the results will be used.** This provides the respondent with a concrete reason for participating in the survey.
4. Depending on your schedule and when you expect to send out the survey, **indicate the date by which the respondent should return the survey** (for mail surveys) **or fill out the survey** (for online surveys).
5. **If you are using a Child Survey, revise the letter and/or email appropriately.** References to “your health” and “care you received,” for instance, should be changed to “your child’s health” and “care your child received.” The following is an example of an appropriately revised introductory paragraph:

“**We at [NAME OF HEALTH PLAN] need your help.** Our records indicate that your child, [NAME OF CHILD], has received care through our health plan in the last [12 FOR COMMERCIAL VERSION; 6 FOR MEDICAID VERSION] months, and we would

like you to tell us about this child's care. We are committed to providing your child with the best quality health care and services available, and your input will help us to achieve this goal. This brief survey should take about [TIME] minutes or less of your time."

"[NAME OF HEALTH PLAN] necesita su ayuda. Según nuestros registros su niño(a), [NAME OF CHILD], ha recibido atención por medio de nuestro seguro de salud en los últimos [12 FOR COMMERCIAL VERSION; 6 FOR MEDICAID VERSION] meses, y nos gustaría que nos contara sobre la atención médica de su niño. Estamos comprometidos a proporcionarle a su niño la mejor atención médica y servicios disponibles, y la información que usted no dé nos ayudará a cumplir nuestra meta. Este breve cuestionario solo va a tomar unos [TIME] minutos o menos de su tiempo."

In addition, we recommend that you **place the following instructions on the cover of the survey booklet for a mail survey and in the introduction section of an online survey:**

"Please answer this survey for your child, [INSERT NAME]."

"Por favor conteste esta encuesta por su niño [INSERT NAME]."

6. The sample letter and/or email indicates the time required to complete the survey. Please **fill in the amount of time needed for your CAHPS questionnaire**. On average, the survey takes about 15 minutes.. Adding supplemental questions will increase this time. We recommend that you test your survey to determine the time needed to complete it.

### Instructions Specific to Mail and Telephone Surveys

1. **Print the letter on the sponsor's letterhead** so that the respondent can easily identify the source of the survey. Letterhead also lends the survey credibility and has a note of authority.
2. **Use of a reminder postcard following the initial mailing has been shown to increase response rates.** The postcard reminder is a cost-effective way to increase the number of surveys returned. Many IRBs do not allow for health information to be on the postcard, so be careful not to reference care that the respondent has received. Also, some organizations do not allow a postcard to be used as a reminder but will permit the use of a letter reminder. If you choose to use a letter reminder, you can use the second reminder letter as a template.
3. Some sponsors have found that respondents are tearing off the label with the ID number on the completed questionnaires. To **allay respondents' concerns**

**or anxieties about how the ID number is used**, add this note in the questionnaire after the confidentiality statement or add it to the letter.

“You may notice a number on the cover of this survey. This number is ONLY used to let us know if you returned your survey so we don’t send you reminders.”

“Se puede fijar en un número que aparece en la portada de la encuesta. Ese número es SOLO para saber que usted ya nos regresó la encuesta y que no tenemos que enviarle un recordatorio.”

### Instructions Specific to Online Surveys

1. **Send an email invitation to complete the survey.** If administering the survey online, send the respondent an email invitation to complete the survey. Very few respondents complete surveys online when given a Web site address and password in a mailed letter.
2. **Use a short and direct subject line for the email.** The following subject line is recommended:

“Your Experience with [HEALTH PLAN]”

“Su experiencia con [HEALTH PLAN]”

3. **Send the messages from an email address that references the sponsor’s organization** so that the respondent can easily identify the source of the survey. The survey sponsor can be the health plan itself or a larger organization conducting the survey on behalf of the health plan. Response rates are higher when the respondent is accustomed to receiving email communication from the sponsor. It is also less likely that the email survey invitation will be tagged as junk email or spam.

## Letters and Emails in English

### ***Mail Survey: Initial Letter (Commercial)***

Letter with first Commercial survey mailing

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [NAME OF HEALTH PLAN] would like to hear about your experiences getting health care through our health plan.** We are committed to providing you with the best quality health care and services available, and your input will help us to achieve this goal. This brief survey should take about [TIME] minutes or less of your time.

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers. We have hired [NAME OF SURVEY VENDOR], an independent professional survey organization, to conduct the survey. [VENDOR] will combine your answers with those of other people who complete the survey to create a summary report that tells us about our enrollees' experiences with our health plan.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with our health plan. Please return the completed survey in the enclosed postage-paid envelope by [MONTH/DAY/YEAR]. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you for helping to make health care at [NAME OF HEALTH PLAN] better for everyone!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

**Mail Survey: Initial Letter (Medicaid)**Letter with first Medicaid survey mailing

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] need your help.** Please fill out the enclosed survey that asks about the care you got through your health plan in the last 6 months. By answering the questions, you will be helping us, and your health plan, serve you better. This brief survey should take about [TIME] minutes or less of your time.

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers. We have hired [NAME OF SURVEY VENDOR], an independent professional survey organization, to conduct the survey. [VENDOR] will combine your answers with those of other people who complete the survey to create a summary report that tells us about our beneficiaries' experiences with health plans.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. Please return the completed survey in the enclosed postage-paid envelope by [MONTH/DAY/YEAR]. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

***Mail Survey: First Reminder***

Postcard

---

[NAME OF SURVEY]

Hello!

Recently we sent you a survey. It should take only a few minutes to complete and your answers will help us improve the care and services that we provide.

When you have completed the survey, please mail it back in the postage-paid envelope that came with it.

**If you have sent back a completed survey, thank you!**

If you did not get the survey or have lost it, please call [CONTACT NAME] toll-free at (XXX) [XXX-XXXX], and we'll send you another one. You can also call that number if you have any questions.

THANK YOU!

[NAME OF SPONSOR]



**Mail Survey: Second Reminder (Commercial)**Mail with Commercial survey

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [NAME OF HEALTH PLAN] would like to hear about your experiences getting health care through our health plan.** Recently, we sent you a survey asking about your experiences with [HEALTH PLAN]. If you have already responded, we thank you for your feedback. If you have not had time to respond or have lost the survey, please take a few minutes to complete the enclosed survey now. It should take only [TIME] minutes to answer the questions.

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with our health plan. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you for helping to make health care at [NAME OF HEALTH PLAN] better for everyone!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

## Mail Survey: Second Reminder (Medicaid)

Mail with Medicaid survey

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] need your help.** Recently, we sent you a survey asking about your experiences with your health plan. If you have already responded, we thank you for your feedback. If you have not had time to respond or have lost the survey, please take a few minutes to complete the enclosed survey now. It should take only [TIME] minutes to answer the questions.

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

**Telephone Survey: Advance Letter (Commercial)**Letter prior to telephone interview for Commercial Survey

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [NAME OF HEALTH PLAN] would like to hear about your experiences getting health care through our health plan.** We are committed to providing you with the best quality health care and services available, and your input will help us to achieve this goal.

Someone from [NAME OF SURVEY VENDOR] will call you soon to ask you to take part in a telephone interview. The interviewer will ask questions about the care you got through your health plan in the last 12 months. To get accurate results, we need to get answers from you and other people in this health plan. The interview will take only [TIME] minutes.

What you have to say is private. No one involved in your care will see your individual answers. You may choose to participate or not, but the more people who participate, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. You can also call this number to ask to be removed from the list. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

**Telephone Survey: Advance Letter (Medicaid)**Letter prior to telephone interview for Medicaid survey

---

DATE

FIRST AND LAST NAME

LINE ONE OF ADDRESS

LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)

CITY, STATE ZIP

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] need your help.** We would like to hear about the care you got through your health plan in the last 6 months. By answering some questions over the telephone, you will be helping us, and your health plan, serve you better.

Someone from [NAME OF SURVEY VENDOR] will call you soon to ask you to take part in a telephone interview. To get accurate results, we need to get answers from you and other people in this health plan. The interview will take only [TIME] minutes.

What you have to say is private. No one involved in your care will see your individual answers. You may choose to participate or not, but the more people who participate, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. You can also call this number to ask to be removed from the list. All calls to this number are free. Thanks in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

**Online Survey: Initial Email (Commercial)**

Include direct link to Commercial survey

---

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [NAME OF HEALTH PLAN] would like to hear about your experiences getting health care through our health plan.** We are committed to providing you with the best quality health care and services available, and your input will help us to achieve this goal. This brief survey should take about [TIME] minutes or less of your time.

**Click the following link to be directed to the survey: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.**

**User Name:**

**Password:**

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers. We have hired [NAME OF SURVEY VENDOR], an independent professional survey organization, to conduct the survey. [VENDOR] will combine your answers with those of other people who complete the survey to create a report that tells us about our enrollees' experiences with our health plan.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with our health plan. Please complete your survey by [MONTH/DAY/YEAR]. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. You can also call this number to ask to be removed from the list. All calls to this number are free. Thank you for helping to make health care at [NAME OF HEALTH PLAN] better for everyone!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

**Online Survey: Initial Email (Medicaid)**Include direct link to Medicaid survey

---

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] need your help.** Please fill out an online survey that asks about the care you got through your health plan in the last 6 months. By answering the questions, you will be helping us, and your health plan, serve you better. This brief survey should take about [TIME] minutes or less of your time.

**Click the following link to be directed to the survey: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.**

**User Name:****Password:**

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers. We have hired [NAME OF SURVEY VENDOR], an independent professional survey organization, to conduct the survey. [VENDOR] will combine your answers with those of other people who complete the survey to create a report that tells us about our beneficiaries' experiences with health plans.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. Please complete your survey by [MONTH/DAY/YEAR]. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. You can also call this number to ask to be removed from the list. All calls to this number are free. Thank you in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

## ***Online Survey: First Reminder Email***

Include direct link to survey

---

[NAME OF SURVEY]

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

Recently we emailed you a link to an online survey about your health plan. It should take only a few minutes to complete and your answers will help us improve the care and services that we provide.

If you have already submitted your survey responses, thank you!

**If you have not had time to respond, please complete the survey now by clicking the following link: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.**

**User Name:**

**Password:**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF SPONSOR]

**Online Survey: Second Reminder Email (Commercial)**

Include direct link to Commercial survey

---

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

We at [NAME OF HEALTH PLAN] **would like to hear about your experiences getting health care through our health plan.** Recently, we sent you a link to an online survey asking about your experiences with [HEALTH PLAN]. If you have already responded, we thank you for your feedback.

**If you have not had time to respond, please complete the survey now by clicking the following link: [LINK TO SURVEY].** It should take only [TIME] minutes to answer these questions. **You will need a user name and password to submit your survey responses.**

**User Name:**

**Password:**

The information that you provide will be kept **completely private and confidential.** Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with our health plan. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you for helping to make health care at [NAME OF HEALTH PLAN] better for everyone!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*



**Online Survey: Second Reminder Email (Medicaid)**Include direct link to Medicaid survey

---

Dear {Mr./Ms.} [LAST NAME]

**We at [MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] need your help.** Recently, we sent you a link to an online survey asking about your experiences with your health plan. If you have already responded, we thank you for your feedback.

**If you have not had time to respond, please complete the survey now by clicking the following link: [LINK TO SURVEY].** It should take only [TIME] minutes to answer these questions. **You will need a user name and password to submit your survey responses.**

**User Name:****Password:**

The information that you provide will be kept **completely private and confidential**. Your answers will never be matched with your name. No one involved in your care will see your individual answers.

We hope you will take this chance to tell us about your experiences with your health plan. You may choose to participate or not, but the more people who respond, the greater our ability to improve the quality of care and services you receive. **If you choose not to participate, this will not affect the benefits you get.**

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at (XXX) [XXX-XXXX]. All calls to this number are free. Thank you in advance for your help!

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

*Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al (XXX) [XXX-XXXX].*

## Letters and Emails in Spanish

### *Mail Survey: Initial Letter (Commercial)*

#### Mail with Commercial survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

**A [NAME OF HEALTH PLAN] le gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener atención médica por medio de nuestro seguro de salud.** Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención médica y servicios disponibles y la información que usted no dé nos ayudará a cumplir nuestra meta. Este breve cuestionario solo va a tomar unos [TIME] minutos o menos de su tiempo.

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial**. Sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales. Hemos contratado a [NAME OF SURVEY VENDOR], una organización profesional independiente de encuestas, para llevar a cabo la encuesta. [VENDOR] va a combinar sus respuestas con la información de otras personas que participen en la encuesta, para crear un resumen que nos dé información sobre las experiencias de los pacientes con nuestro seguro de salud.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con nuestro seguro de salud. Una vez que llene el cuestionario, por favor, mándenlo antes de [MONTH/DAY/YEAR] en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Gracias por ayudar a mejorar los servicios de salud de [NAME OF HEALTH PLAN] para todos!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

**Mail Survey: Initial Letter (Medicaid)**Mail with Medicaid survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

[MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] **necesita su ayuda.** Por medio de la presente quisiéramos solicitarle que complete la encuesta adjunta acerca de la atención que recibió de su seguro de salud en los últimos 6 meses. Al contestar estas preguntas, nos ayudará y ayudará a su plan de salud a mejorar el servicio que le da. Este breve cuestionario solo va a tomar unos [TIME] minutos o menos de su tiempo.

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales. Hemos contratado a [NAME OF SURVEY VENDOR], una organización profesional independiente de encuestas, para llevar a cabo la encuesta. [VENDOR] va a combinar sus respuestas con la información de otras personas que participen en la encuesta, para crear un resumen que nos dé información sobre las experiencias de los pacientes con nuestro seguro de salud.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su seguro de salud. Una vez que llene el cuestionario, por favor, mándenlo antes de [MONTH/DAY/YEAR] en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y los servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

## ***Mail Survey: First Reminder***

### Postcard

---

NAME OF SURVEY

Estimado señor(a):

Hace poco le enviamos un cuestionario. Solo le va a tomar unos cuantos minutos llenar el cuestionario y sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios de salud que proporcionamos.

Una vez que haya llenado el cuestionario, por favor mándenlo por correo en el sobre con el porte o franqueo pagado que venía con el cuestionario.

**Si ya envió su cuestionario completado, ¡muchas gracias!**

Si no recibió el cuestionario o si lo perdió, por favor llame a [CONTACT NAME] al número gratuito (XXX) [XXX-XXXX] y le mandaremos otro. También puede llamar a ese número si tiene alguna pregunta.

¡GRACIAS!

[NAME OF SPONSOR]

**Mail Survey: Second Reminder (Commercial)**Mail with Commercial survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

A [NAME OF HEALTH PLAN] **le gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener atención médica por medio de nuestro seguro de salud.** Hace poco, le enviamos un cuestionario sobre sus experiencias con el [HEALTH PLAN]. Si ya nos envió el cuestionario, le agradecemos su ayuda. Si no ha tenido tiempo de llenar el cuestionario o si lo perdió, por favor tome unos minutos ahora para completar el cuestionario adjunto. Contestar estas preguntas únicamente le tomará [TIME] minutos.

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con nuestro seguro de salud. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Gracias por ayudar a mejorar los servicios de salud de [NAME OF HEALTH PLAN] para todos!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

**Mail Survey: Second Reminder (Medicaid)**Mail with Medicaid survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

[MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] **necesita su ayuda.** Hace poco, le enviamos un cuestionario sobre sus experiencias con su seguro de salud. Si ya nos envió el cuestionario, le agradecemos su ayuda. Si no ha tenido tiempo de llenar el cuestionario o si lo perdió, por favor tome unos minutos ahora para completar el cuestionario adjunto. Contestar estas preguntas únicamente le tomará [TIME] minutos.

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su seguro de salud. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta, pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

**Telephone Survey: Advance Letter (Commercial)**Letter prior to telephone interview for Commercial Survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

A [NAME OF HEALTH PLAN] **le gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener atención médica por medio de nuestro seguro de salud.** Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención médica y servicios disponibles, y la información que nos dé nos ayudará a cumplir nuestra meta.

Un entrevistador de [NAME OF SURVEY VENDOR] le va a llamar pronto para pedirle que participe en una entrevista por teléfono. El entrevistador le hará preguntas sobre la atención médica que recibió por medio de nuestro seguro de salud en los últimos 12 meses. Para obtener resultados exactos, necesitamos las respuestas de usted y las demás personas en este plan de salud. La entrevista solo va a tomar unos [TIME] minutos.

La información que nos dé se mantendrá en privado. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud podrá ver sus respuestas individuales. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su seguro de salud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si quiere que lo quitemos de la lista. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

**Telephone Survey: Advance Letter (Medicaid)**Letter prior to telephone interview for Medicaid Survey

---

{DATE}

First and last name

Line one of address

Line two of address (if any)

City, State Zip

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

[MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] **necesita su ayuda.** Nos gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener atención médica por medio de su seguro de salud en los últimos 6 meses. Al contestar las preguntas por teléfono, nos ayudará y ayudará a su plan a mejorar el servicio que le da.

Un entrevistador de [NAME OF SURVEY VENDOR] le va a llamar pronto para pedirle que participe en una entrevista por teléfono. Para obtener resultados exactos, necesitamos las respuestas de usted y las demás personas en este plan de salud. La entrevista solo va a tomar unos [TIME] minutos.

La información que nos dé se mantendrá en privado. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su plan de salud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si desea que quiten su nombre de la lista. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]



## Online Survey: Initial Email (Commercial)

Include direct link to Commercial survey

---

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

A [NAME OF HEALTH PLAN] le gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener atención médica por medio de nuestro seguro de salud. Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención médica y servicios disponibles y la información que usted no dé nos ayudará a cumplir nuestra meta. Este breve cuestionario solo va a tomar unos [TIME] minutos o menos de su tiempo.

Haga clic en el siguiente enlace para ir a la encuesta: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para enviar sus respuestas.

**Nombre de usuario:**

**Contraseña:**

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial**. Sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales. Hemos contratado a [NAME OF SURVEY VENDOR], una organización profesional independiente de encuestas, para llevar a cabo la encuesta. [VENDOR] va a combinar sus respuestas con la información de otras personas que participen en la encuesta, para crear un resumen que nos dé información sobre las experiencias de los pacientes con nuestro seguro de salud.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con nuestro seguro de salud. Por favor conteste el cuestionario antes de [MONTH/DAY/YEAR]. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número para pedir que quiten su nombre de la lista. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Gracias por ayudar a mejorar los servicios de salud de [NAME OF HEALTH PLAN] para todos!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

## Online Survey: Initial Email (Medicaid)

Include direct link to Medicaid survey

---

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

[MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] **necesita su ayuda.** Por favor conteste un cuestionario por Internet en el que se pregunta acerca de la atención que recibió de su seguro de salud en los últimos 6 meses. Al contestar estas preguntas, nos ayudará y ayudará a su plan de salud a mejorar el servicio que le da. Este breve cuestionario solo va a tomar unos [TIME] minutos o menos de su tiempo.

**Haga clic en el siguiente enlace para ir a la encuesta: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para enviar sus respuestas.**

**Nombre de usuario:**

**Contraseña:**

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales. Hemos contratado a [NAME OF SURVEY VENDOR], una organización profesional independiente de encuestas, para llevar a cabo la encuesta. [VENDOR] va a combinar sus respuestas con la información de otras personas que participen en la encuesta, para crear un resumen que nos dé información sobre las experiencias de los pacientes con nuestro seguro de salud.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su seguro de salud. Por favor conteste el cuestionario antes de [MONTH/DAY/YEAR]. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número para pedir que quiten su nombre de la lista. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]

## **Online Survey: First Reminder Email**

Include direct link to survey

---

[NAME OF SURVEY]

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

Hace poco le enviamos un enlace a un cuestionario en Internet acerca de su seguro de salud. Solo le va a tomar unos cuantos minutos llenar el cuestionario y sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios de salud que proporcionamos.

Si ya envió su cuestionario completado, ¡muchas gracias!

**Si no ha tenido tiempo de contestar el cuestionario, por favor hágalo ahora haciendo clic en el siguiente enlace: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para enviar sus respuestas.**

**Nombre de usuario:**

**Contraseña:**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF SPONSOR]

**Online Survey: Second Reminder Email (Commercial)**

Include direct link to Commercial survey

---

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

A [NAME OF HEALTH PLAN] le gustaría conocer acerca de sus experiencias al obtener **atención médica por medio de nuestro seguro de salud**. Hace poco, le enviamos un enlace a un cuestionario en Internet sobre sus experiencias con el [HEALTH PLAN]. Si ya nos envió el cuestionario, le agradecemos su ayuda.

**Si no ha tenido tiempo de contestar el cuestionario, por favor hágalo ahora haciendo clic en el siguiente enlace: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para enviar sus respuestas.**

**Nombre de usuario:**

**Contraseña:**

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con nuestro seguro de salud. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Gracias por ayudar a mejorar los servicios de salud de [NAME OF HEALTH PLAN] para todos!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING HEALTH PLAN]

## Online Survey: Second Reminder Email (Medicaid)

Include direct link to Medicaid survey

---

Estimado/a {Sr./Sra.} [Last name]:

[MEDICAID/STATE NAME FOR MEDICAID] **necesita su ayuda.** Hace poco, le enviamos un enlace a un cuestionario en Internet sobre sus experiencias con su seguro de salud. Si ya nos envió el cuestionario, le agradecemos su ayuda.

**Si no ha tenido tiempo de contestar el cuestionario, por favor hágalo ahora haciendo clic en el siguiente enlace: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y una contraseña para enviar sus respuestas.**

**Nombre de usuario:**

**Contraseña:**

La información que usted proporcione será **completamente privada y confidencial** y sus respuestas nunca se van a asociar con su nombre. Ninguna persona que participe en su cuidado de salud jamás podrá ver sus respuestas individuales.

Esperamos que aproveche esta oportunidad para contarnos sobre sus experiencias con su seguro de salud. Usted es libre de decidir si quiere participar o no en la encuesta, pero entre más gente participe, más aumenta nuestra habilidad de mejorar la calidad de la atención y servicios de salud que recibe. **Si decide que no quiere participar, esto no afectará los beneficios que usted recibe.**

Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Todas las llamadas a este número de teléfono son gratis. ¡Le agradecemos de antemano su ayuda!

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING SPONSOR]