



<<DATE>>
<<FIRST>> <<LAST>>
<<STREET 1>>
<<STREET 2>>
<<CITY>>, <<STATE>> <<ZIPCODE>>

Dear <<FIRST>> <<LAST>>,

I am writing to ask you to complete the attached Patient Experience of Care Survey. Across the nation, 3,000 primary care providers' offices including your primary care provider's office are working with 24 health insurance partners including your local plans to make health care better and more affordable.

We randomly chose your name from a list of people who received care from your primary care provider's office. Your completed survey provides valuable feedback that your provider's office can use to make improvements to the quality of care you receive.

The survey asks you questions about your health care experience at the practice listed below.

Name of Practice: **P_NAME**

Office Location: **P_ADDRESS1, P_ADDRESS2, P_CITY, P_STATE, P_ZIP5**

This survey is voluntary and takes about 20 minutes. **Your answers are confidential and will not be shared with your provider and will not affect your health care benefits.** If needed, someone like a family member or friend can help you by recording your answers, reading the survey to you, or translating it into your language. However, if you cannot respond because of poor health or cognitive or physical limitations, someone like a family member or friend knowledgeable about your care can take the survey on your behalf.

Thank you for joining thousands of other primary care patients around the United States in taking the time to complete this important survey.

Sincerely,

[NAME]

[TITLE]

For more information:
toll-free: [INSERT VENDOR HELPDESK NUMBER HERE]
[INSERT VENDOR HELPDESK EMAIL HERE]

Para ver esta carta en español, de vuelta a la página.

[PRINT SID HERE]

<<DATE>>

<<FIRST>> <<LAST>>

<<STREET 1>>

<<STREET 2>>

<<CITY>>, <<STATE>> <<ZIPCODE>>

| |
|-------------------------------|
| INSERT VENDOR LOGO HERE |
|-------------------------------|

Estimado(a) <<FIRST>> <<LAST>>,

Le escribo para pedirle que complete la Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente que se adjunta. En todo el país, 3,000 consultorios de cuidado primario, incluso el consultorio de su proveedor de cuidado primario, están colaborando con 24 compañías de seguro médico, incluso con sus planes locales para mejorar la atención médica y que sea más económica.

Seleccionamos su nombre al azar de una lista de personas que recibieron atención médica en el consultorio de su proveedor de cuidado primario. La encuesta que usted complete proporciona opiniones valiosas que el consultorio de su proveedor puede usar para mejorar la calidad de la atención médica que usted recibe.

La encuesta le hace preguntas sobre su experiencia relacionada con la atención médica que recibió en el consultorio que se menciona a continuación.

Nombre del consultorio: **P_NAME**

Dirección del consultorio: **P_ADDRESS1, P_ADDRESS2, P_CITY, P_STATE, P_ZIP5**

Esta encuesta es voluntaria y toma aproximadamente 20 minutos. **Sus respuestas son confidenciales y no se compartirán con su proveedor ni afectarán sus beneficios de atención médica.** Si fuera necesario, alguien como un familiar o una amistad puede ayudarle a registrar sus respuestas, leerle la encuesta o traducirla a su idioma. Si usted no puede responder debido a problemas de salud o limitaciones cognitivas o físicas, alguien como un familiar o una amistad que tenga conocimiento sobre su cuidado de salud puede responder la encuesta en su nombre.

Gracias por unirse a miles de otros pacientes de cuidado primario en los Estados Unidos al concedernos su tiempo para completar esta importante encuesta.

Atentamente,

[NAME]

[TITLE]

Para más información:

Llamada gratis: [INSERT VENDOR HELPDESK NUMBER HERE]

[INSERT HELPDESK EMAIL HERE]

To see this letter in English, turn the page.

[PRINT SID HERE]