<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

<Member Name> thân mến,

Tôi là <Care Coordinator Name>. Xin tự giới thiệu tôi là Điều phối viên Chăm sóc của quý vị. Tôi hợp tác với chương trình sức khỏe của quý vị, Blue Advantage Minnesota Senior Care Plus (MSC+)

Tôi có thể trò chuyện với quý vị và gia đình về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và những việc tôi có thể làm để trợ giúp. Các dịch vụ tôi cung cấp chính là quyền lợi của chương trình sức khỏe của quý vị mà không phải trả thêm phí, bao gồm:

* Hoàn thành kế hoạch chăm sóc sức khỏe và đánh giá rủi ro sức khỏe
* Cung cấp thông tin về các nguồn lực và dịch vụ dành cho quý vị
* Phối hợp chăm sóc của quý vị giữa phòng khám chăm sóc chính của quý vị và các bác sĩ chuyên khoa
* Cung cấp thông tin để giúp quý vị và gia đình đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
* Hỗ trợ quý vị về các nhu cầu chăm sóc sức khỏe trước và sau khi nhập viện

Để liên hệ với tôi, xin vui lòng gọi <Phone Number>. Giờ làm việc của chúng tôi là từ <8:00 am to 4:30 pm>. Vui lòng để lại tin nhắn trong hộp thư thoại của tôi nếu tôi không thể trả lời cuộc gọi của quý vị. Tôi sẽ gọi lại cho quý vị. Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, xin hãy cho tôi biết ngôn ngữ quý vị nói. Để giúp tôi trò chuyện với quý vị, tôi sẽ sử dụng một thông dịch viên qua điện thoại. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng TTY, vui lòng gọi 711.

Trân trọng,

<Care Coordinator Name, Title>

Điều phối viên Chăm sóc Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_020624\_O02 DHS Đã phê duyệt 02/14/2024