<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Estimado/a <Member Name>:

Gracias por asistir a nuestra reciente reunión para hablar sobre sus necesidades de atención médica. Se adjunta una copia del Plan de atención que desarrollamos juntos el <Date>. Llámeme si tiene alguna pregunta o si desea hablar sobre cualquier cambio en su plan de atención.

Recuerde que mi trabajo como su coordinador de atención médica es el siguiente:

* Proporcionar información sobre los recursos y servicios disponibles para usted.
* Coordinar su atención entre su clínica de atención primaria y especialistas.
* Brindar información que les ayude a usted y a su familia a tomar decisiones sobre su atención médica.
* Compartir los beneficios adicionales disponibles para usted, como los de acondicionamiento físico y los beneficios dentales adicionales.

Es importante que se comunique conmigo si tiene alguna visita al hospital o a la sala de emergencias para que podamos revisar el éxito de su plan.

Para contactarme, llame al <Phone Number>. Nuestro horario de atención es de <8:00 a.m. a 4:30 p.m.>. Deje un mensaje en mi buzón de voz si no estoy disponible para atender su llamada, y yo le llamaré. Si no habla inglés, dígame qué idioma habla. Usaré los servicios de un intérprete por teléfono para que me ayude a comunicarme con usted. Si tiene una discapacidad auditiva y usa TTY, llame al 711.

<Additional comments>

Atentamente,

<Care Coordinator Name, Title>

Coordinador de atención médica de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

Cc: <name>

SecureBlueSM (HMO SNP) is a health plan that contracts with both Medicare and the Minnesota Medical Assistance (Medicaid) program to provide benefits of both programs to enrollees. Enrollment in SecureBlue depends on contract renewal.

H2425\_001\_102417\_JJ03E Internal Approved 10/24/2017

DHS\_102417\_JJ04E Internal Approved 10/24/2017