<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

ທ່ານ <Member Name> ທີ່​ຮັກ​ແພງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ <Care Coordinator Name>. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂຽນໜັງສືເພື່ອແນະນຳໂຕເອງວ່າເປັນຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບຄົນໃໝ່ຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະມາແທນ <Name of Previous CC> ຈາກ <Name of Previous County/Clinic/Blue Plus>.

ເພື່ອເປັນການແຈ້ງເຕືອນອີກເທື່ອໜຶ່ງ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລົມກັບທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄວາມຈຳເປັນໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້ເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ. ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ​ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ອັນ​ໜຶ່ງແຜນປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມ, ເຊິ່ງລວມມີ:

* ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້
* ການປະສານງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານລະຫວ່າງຄລິນິກປິ່ນປົວຂັ້ນ​ຕົ້ນຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ຽວຊານສະເພາະ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
* ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດ້ວຍ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ໃນ​ການ​ປິ່ນ​ປົວ​ຂອງ​ທ່ານກ່ອນ ແລະ ຫຼັງເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ
* ໃຫ້ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ມີໃຫ້ທ່ານສໍາລັບການລົງທະບຽນໃນ SecureBlue MSHO ເຊັ່ນ: ການອອກກໍາລັງກາຍ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມດ້ານທັນຕະກໍາ.

ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ກະລຸນາໂທ <Phone Number>. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນ <8:00 am to 4:30 pm>. ກະລຸນາຝາກຂໍ້ຄວາມໄວ້ຍັງກ່ອງຂໍ້ຄວາມສຽງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຫວ່າງຮັບສາຍຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະໂທກັບຫາທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້, ແຈ້ງບອກຂ້າພະເຈົ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາໃດ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າລົມກັບທ່ານ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຊ້ຜູ້ແປພາສາຜ່ານໂທລະສັບ. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ນຳໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 711.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

<Care Coordinator Name, Title>

ຜູ້ປະສານງານປິ່ນປົວສຸຂະພາບ Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

SecureBlueSM (HMO SNP) ແມ່ນແຜນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ມີສັນຍາກັບທັງໂຄງການ Medicare ແລະ Minnesota Medical Assistance (Medicaid) ເພື່ອສະໜອງສະຫວັດດີການຂອງທັງສອງໂຄງການໃຫ້ກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ. ການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ SecureBlue ແມ່ນຂຶ້ນຢູ່ກັບການຕໍ່ອາຍຸສັນຍາ.

H2425\_032124\_O01\_C