<DATE>

<Auth Rep Name>

<Auth Rep Address>

<Auth Rep Address>

Estimado/a <Authorized Rep>:

Mi nombre es <CC's Name>. Soy el coordinador de atención de Blue Plus de <member's full name>. Recientemente me reuní con <member's full name> y me gustaría analizar con usted lo siguiente:

Revisión de los servicios del centro  Revisión de mi función como coordinador de atención

Transporte de BlueRide  Directivas anticipadas de atención médica

Beneficios dentales y de salud mental  Vacunación u otras necesidades complementarias

Cobertura de medicamentos recetados  Necesidades de suministros y equipos médicos

Analizar beneficios adicionales de SecureBlue (HMO SNP)

Otro

En mi trabajo como coordinador de atención de <member's full name> se incluye lo 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.
* Ayudar con la reubicación en la comunidad, según lo desee

Para comunicarse conmigo, llame al <Phone Number>. Nuestro horario de atención es de <8:00 am to 4:30 pm>. 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.

Atentamente,

<Care Coordinator Name, Title>

Coordinador de atención médica de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

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\_121020KK02 CMS Aprobado 12/17/2020