<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Уважаемый (-ая) <Member Name>!

Меня зовут <Care Coordinator Name>, и я являюсь Вашим координатором по медицинскому обслуживанию Blue Plus от Вашего плана. Мои услуги для Вас бесплатны. Мне не удалось связаться с Вами по телефону <member phone number>**.** Я пытаюсь связаться с Вами, чтобы предложить:

первоначальную оценку рисков для здоровья;

оценку рисков для здоровья в середине года;

ежегодную оценку рисков для здоровья.

Blue Plus желает помочь Вам сохранить здоровье. Я буду продолжать связываться с Вами два раза в год, чтобы предлагать Вам оценку рисков для здоровья. Я также буду обращаться по вопросам госпитализации в учреждения или необходимости профилактического медицинского обслуживания.

Чтобы помочь Вам в достижении этой цели, я могу предоставить Вам ресурсы, необходимые для поддержания здоровья. Я могу поддержать Вас следующими способами по Вашему запросу:

* оказать помощь в получении выплат по медицинскому страхованию;
* получить доступ к общественным ресурсам, продовольствию и жилищной поддержке;
* связать Вас с основными и специализированными поставщиками медицинских услуг, включая стоматолога;
* организовать перевозку для удовлетворения медицинских и других потребностей.

Вы можете получить доступ к информации о льготах на нашем веб-сайте по адресу bluecrossmn.com/publicprograms

Комментарии: <Optional: Resource and/or member information>

Для связи со мной позвоните по телефону <Phone Number>. Мы работаем с <8:00 am to 4:30 pm>. Если Вы не говорите по-английски, я могу перезвонить Вам с устным переводчиком по телефону. Если у Вас есть нарушение слуха, и Вы пользуетесь TTY, звоните 711.

С уважением,

<Care Coordinator Name, Title>

Координатор по медицинскому обслуживанию Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_022823\_O02 DHS Approved 03/13/2023