<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

Estimado/a <Member Name>:

Mi nombre es <Care Coordinator Name> y, a través de su plan de salud, seré su coordinador de atención de Blue Plus. Mis servicios no tienen ningún costo para usted. No he podido comunicarme con usted por teléfono al <member phone number>**.** Estoy tratando de contactarle para ofrecerle lo siguiente:

Evaluación de riesgos de salud inicial

Evaluación de riesgos de salud de mitad de año

Evaluación de riesgos de salud anual

Blue Plus desea ayudarle con el objetivo de mantenerse lo más saludable posible. Seguiré comunicándome con usted dos veces al año para ofrecerle una evaluación de riesgos de salud. También me comunicaré para hablar de las admisiones en centros de salud o las necesidades de atención médica preventiva.

Para ayudarle con este objetivo, estaré disponible para asegurarme de que tenga los recursos que necesita para mejorar su salud. Estoy disponible a pedido para brindarle apoyo de las siguientes maneras:

* asistir en la obtención de servicios según los beneficios de su seguro;
* obtener acceso a recursos comunitarios, alimentos y apoyo para viviendas;
* conectarle con los proveedores de atención primaria y atención especializada, incluido un dentista; y
* organizar el transporte para necesidades médicas y de otro tipo.

Puede obtener acceso a la información de beneficios en nuestro sitio web en bluecrossmn.com/publicprograms

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

Para comunicarse conmigo, llame al <Phone Number>. Nuestro horario de atención es de <8:00 am to 4:30 pm>. Si no habla inglés, puedo volver a llamarle con un intérprete telefónico. Si tiene una discapacidad auditiva y usa TTY, llame al 711.

Atentamente,

<Care Coordinator Name, Title>

Coordinador de atención de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

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