<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Thân gửi <Member Name>,

Tên tôi là <Care Coordinator Name> và tôi là Điều phối viên Dịch vụ Chăm sóc Blue Plus từ chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Dịch vụ điều phối chăm sóc này là miễn phí. Tôi không thể liên hệ với quý vị qua điện thoại theo số <member phone number>**.** Tôi đang cố gắng liên hệ với quý vị để cung cấp:

Đánh giá nguy cơ sức khỏe ban đầu

Đánh giá nguy cơ sức khỏe giữa năm

Đánh giá nguy cơ sức khỏe thường niên

Blue Plus muốn giúp quý vị đạt được mục tiêu duy trì sức khỏe tốt nhất có thể. Tôi sẽ tiếp tục liên hệ với quý vị hai lần mỗi năm để cung cấp cho quý vị dịch vụ đánh giá nguy cơ sức khỏe. Tôi cũng sẽ liên hệ với quý vị nếu quý vị có bất kỳ nhu cầu nhập viện hoặc chăm sóc sức khỏe phòng ngừa nào.

Để hỗ trợ quý vị trong mục tiêu này, tôi luôn đồng hành để đảm bảo quý vị có các nguồn lực cần thiết nhằm hỗ trợ sức khỏe của quý vị. Tôi sẵn sàng hỗ trợ quý vị theo yêu cầu bằng những cách sau:

* Hỗ trợ nhận các dịch vụ theo quyền lợi bảo hiểm của quý vị
* Tiếp cận các nguồn hỗ trợ cộng đồng, thực phẩm và nhà ở
* Kết nối quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa, bao gồm cả nha sĩ
* Sắp xếp vận chuyển cho mục đích y tế và các nhu cầu khác

Quý vị có thể truy cập thông tin quyền lợi trên trang web của chúng tôi tại bluecrossmn.com/publicprograms

Ý kiến: <Optional: Resource and/or member information>

Để liên hệ với tôi, vui lòng gọi đến <Phone Number>. Giờ làm việc của chúng tôi là từ <8:00 am to 4:30 pm>. Nếu quý vị không nói tiếng Anh, tôi sẽ gọi lại cho quý vị với sự hỗ trợ của thông dịch viên qua điện thoại. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng TTY (Chế độ Điện thoại Văn bản), vui lòng gọi số 711.

Trân trọng,

<Care Coordinator Name, Title>

Điều Phối viên Dịch vụ Chăm sóc Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_022823\_O02 DHS Phê duyệt ngày 13/03/2023