

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, ZIP>

Cher <Member Name>,

Chez UCare, nous nous efforçons d'améliorer votre santé et votre bien-être. Vous trouverez ci-joint le plan de soutien élaboré avec vous le Date.

Veuillez lire attentivement le présent plan de soutien. Si vous le jugez acceptable, veuillez le signer et renvoyer la page de signature dans l'enveloppe timbrée et adressée ci-jointe.

**Pour rappel, lors de votre visite, nous avons parlé de ce qui suit :**

* Comment gérer votre santé physique et mentale
* Utiliser les soins de santé pour maintenir et améliorer votre santé
* Vos besoins en matière de soins préventifs
* Topic(s) discussed at visit

**N'oubliez pas de contacter votre care coordinator (coordinateur de soins) si :**

* Vous êtes hospitalisés ou prévoyez de l'être
* Vous faites une chute
* Un changement survient dans votre état de santé physique ou mental
* Vous avez besoin d'aide pour trouver du soutien ou des services

Si vous avez des questions ou si vous n'êtes pas d'accord avec votre plan de soutien, appelez-moi au Phone Number. Vous pouvez également appeler si vos besoins changent. Les utilisateurs d'ATS sont priés d'appeler au Minnesota Relay 711 ou au 1-877-627-3848 (service de relais de télécommunications).

Nous vous remercions,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H2456\_2848\_072022 accepted

H5937\_2848\_072022\_C

U14013 French (U2848) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated