

Date

<Member Name>

<Member 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 plan de soutien.

**Pour rappel, lors de votre visite, nous avons parlé de.. :**

* 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
* 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 m'appeler si vos besoins changent. Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler le Minnesota Relay au 711 ou au 1-877-627-3848 (service de relais de télécommunications).

Bien cordialement,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H5937\_H2456\_6336\_072022 accepted

U14265 French (U6336) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated