

Date

Member Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) Member Name:

En UCare, nos dedicamos a mejorar su salud y bienestar. Se adjunta el Plan de apoyo desarrollado con usted el date.

Por favor, revise el Plan de apoyo atentamente. Si lo considera aceptable, por favor fírmelo y devuelva la página de firmas en el sobre adjunto con su dirección y franqueo.

**A modo de recordatorio, durante su visita hablamos de:**

* Formas de controlar su salud física y mental
* Usar la atención médica para mantener y mejorar su salud
* Sus necesidades de atención preventiva

**Recuerde comunicarse con su coordinador de atención si:**

* Está hospitalizado o planea ser hospitalizado
* Tiene una caída
* Tiene un cambio en su salud física o mental
* Necesita ayuda para encontrar apoyos o servicios

Si tiene preguntas o no está de acuerdo con su Plan de apoyo, llámeme al phone number. También puede llamar si sus necesidades cambian. Los usuarios de TTY pueden llamar a Minnesota Relay al 711 o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz).

Gracias,

Care Coordinator Name

Care Coordinator Job Title

County or Agency Name

Phone Number

Email Address

500 Stinson Blvd NE, Minneapolis, MN 55413 | 612-676-6500 | fax 612-676-6501 | **ucare.org**

MSHO de UCare (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato tanto con Medicare como con el programa Medical Assistance (Medicaid) de Minnesota para proporcionarles beneficios de ambos programas a sus afiliados. La inscripción en MSHO de UCare depende de la renovación del contrato.

H2456\_2848\_072022 accepted

H5937\_2848\_072022\_C U14013A Spanish (U2848A) (07/2022)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated