

<Date>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip>

Estimado(a) <Member Name>:

Como miembro de UCare Connect (SNBC) de UCare, se le proporciona un coordinador de atención. Seré su nuevo coordinador de atención a partir del <date> . Me comunicaré con usted pronto para ver cómo está y determinar sus necesidades.

Si tiene alguna pregunta, llámeme al <phone number>. Si llama a mi buzón de voz, deje un mensaje y su número de teléfono. Si tiene deficiencias auditivas, llame a Minnesota Relay al 711 o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz).

Espero con interés hablar con usted pronto. Atentamente,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<E-mail Address>

MSC+ SNBC H2456 H5937\_010517 DHS Approved (01252017) U14011C Spanish (U2857C) (11/18)



**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated