

<Date>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State Zip>

Estimado(a) <Member Name>:

Reciba la bienvenida al programa de salud Connect de UCare. Mi nombre es <Care Coordinator Name>. Soy su coordinador de atención. Usted es elegible para los beneficios de coordinación de atención a través de su plan Connect de UCare.

## Como su coordinador de atención, haremos lo siguiente:

* Reunirnos para repasar sus beneficios de coordinación de atención
* Hablaremos sobre sus necesidades de atención física y de salud mental
* Revisaremos sus necesidades de atención preventiva
* Crearemos un plan que satisfaga sus necesidades con los servicios que elija

## ¿Qué pasa después?

Me comunicaré con usted pronto para presentarme y contarle más sobre mi papel. A continuación, planificaremos el tiempo para repasar sus necesidades de salud y seguridad. Nuestro objetivo es que se mantenga lo más saludable e independiente posible.

Connect de UCare incluye los beneficios que ya puede tener de Asistencia Médica. Pronto recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro de UCare. Use esta tarjeta siempre que reciba servicios de salud. Si tiene Medicare, también deberá mostrar su tarjeta de Medicare cuando reciba servicios de salud.

El programa de coordinación de atención de Connect es voluntario y se le ofrece sin costo alguno. Si desea dejar de estar en el programa de coordinación de atención o tiene preguntas, llámeme al <Phone Number>. Si llama a mi buzón de voz, deje un mensaje y su número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar a Minnesota Relay al 711 o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz).

Atentamente,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H2456\_7347\_072022 accepted

H5937\_7347\_072022\_C U14016C Spanish (U7347C) (07/2022)







