<Date>

<Member Name>

<Member Address>

<City State Zip>

Estimado(a) <Member Name>:

Soy su coordinador de atención. No he podido comunicarme con usted por teléfono. Le escribo para pedirle a usted o a su representante autorizado que me llame al <phone number>. Si recibe mi correo de voz, deje un mensaje con su número de teléfono durante el día. Incluya una fecha y hora en la que pueda llamar. Si tiene deficiencias auditivas, llame al Servicio de Minnesota Relay al 711 o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz).

La razón por la que estoy tratando de comunicarme con usted es:

Para programar una evaluación

Para su control de los seis (6) meses

Otro: <explanation of other reason>

Por favor, llámeme tan pronto como reciba esta carta. Espero con interés hablar con usted.

Atentamente,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

MSHO de UCare (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato tanto con Medicare y 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\_2638\_082022 accepted

H5937\_2638\_082022\_C U2638 A (08/2022)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated