T 

<Date>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip>

Estimado(a) <Member Name>,

Como miembro de Minnesota Senior Health Options (MSHO) (HMO SNP) 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>

MSHO de UCare 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 el MSHO de UCare depende de la renovación del contrato.

MSC+ SNBC H2456 H5937\_010517 DHS Approved (01252017) U14011A Spanish (U2857A) (11/18)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated