



HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services



HFS 915IES (N-4-15)
State of Illinois
Department of Human Services
Department of Healthcare and Family Services
PO Box 19138
Springfield IL 62763

IMPORTANT INFORMATION. OPEN IMMEDIATELY.

**MIT MEDICAID BIN
ICH ABGEDECKT!**

**IMPORTANT INFORMATION
ABOUT YOUR COVERAGE**

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA
WAŻNA INFORMACJA O GWARANCJI
ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ОСВЕЩЕНИИ
關於你的報導的重要信息

MEDICAID-EMPFÄNGER:

SIND SIE ABGEDECKT?

ÜBERPRÜFEN SIE IHREN STATUS UNTER [ABE.ILLINOIS.GOV](https://abe.illinois.gov).

Klicken Sie unter abe.illinois.gov auf „Manage My Case“ (Meinen Fall bearbeiten), um Folgendes zu tun:

- Bestätigen Sie Ihre Postanschrift unter „Contact Us“ (Kontakt).
- Finden Sie Ihr Fälligkeitsdatum unter „Benefit Details“ (Leistungsdetails).

„Achten Sie auf Ihren Posteingang und füllen Sie Ihren Verlängerungsantrag sofort aus.“

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf Medicaid haben, setzen Sie sich mit Ihrem Arbeitgeber über die Möglichkeiten einer Versicherung über den Arbeitsplatz in Verbindung oder holen Sie sich eine neue Versicherung über den offiziellen Marktplatz des Affordable Care Act für Illinois, [GetCoveredIllinois.gov](https://getcoveredillinois.gov).



**Scannen Sie hier und klicken
Sie jetzt auf „Manage My Case“.**

1-800-843-6154