



HFS  
Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

ΠΕΛΑΤΕΣ ΤΗΣ MEDICAID

# ΕΙΣΑΙ ΚΑΛΥΜΜΕΝΟΣ;

ΕΛΕΓΞΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΟΥ ΣΤΟ [ABE.ILLINOIS.GOV](https://abe.illinois.gov).

Κάντε κλικ στο «Manage My Case» (Διαχείριση της Υπόθεσής μου) στο [abe.illinois.gov](https://abe.illinois.gov) για να:

- Επαληθεύσετε την ταχυδρομική σας διεύθυνση στην ενότητα «Contact Us» (επικοινωνήστε μαζί μας).
- Βρείτε την ημερομηνία λήξης για εσάς στην ενότητα «Benefit Details» (στοιχεία παροχών).

Παρακολουθήστε την αλληλογραφία σας και ολοκληρώστε αμέσως την ανανέωσή σας.

Εάν δεν πληροίτε πλέον τα κριτήρια της Medicaid, συνδεθείτε στην κάλυψη στην εργασία ή μέσω της επίσημης αγοράς του Illinois περί προσιτής περίθαλψης, στο [GetCoveredIllinois.gov](https://GetCoveredIllinois.gov).



Σαρώστε εδώ και κάντε κλικ στο «Manage My Case» (Διαχείριση της Υπόθεσής μου)

1-800-843-6154



HFS 915IES (N-4-15)

State of Illinois  
Department of Human Services  
Department of Healthcare and Family Services  
PO Box 19139  
Springfield IL 62763

IMPORTANT INFORMATION. OPEN IMMEDIATELY.

**TO MEDICAID ME  
ΚΡΑΤΑ ΚΑΛΥΜΜΕΝΗ!**

## 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