



00040
HH_NAME (RNW_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST



9030101



12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 033033010011Y

Estimado HH_NAME (RNW_SPANISH),

¡Es el momento de renovar su cobertura médica!

Es el momento para la renovación, también conocida como “redeterminación” o “re-de”.

Cómo renovar:

1. Espere su Formulario de renovación médica por correo, en unos 15 días.
2. Cuando reciba su formulario, llénelo y busque las pruebas que le pidamos.
3. Devuelva a nuestras oficinas su formulario lleno y las pruebas, por correo, fax o por correo electrónico.
4. Asegúrese de firmar y devolver su formulario a más tardar en la fecha límite.
→ Usted encontrará la fecha límite en su formulario. Si no renueva, usted perderá su cobertura médica.

Si no renueva, usted perderá su cobertura médica.

No tiene que comunicarse con su trabajador de casos para renovar. Usted puede renovar por correo, por fax o por correo electrónico. Si se muda, llámenos al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458) para que podamos enviar su formulario de renovación a su dirección nueva.

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458). ¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m. y los sábados, de 8 a.m. to 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a **www.medredes.hfs.illinois.gov** o envíe un fax al 1-866-661-7025. We have information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.



01-01-0-00