

A health plan  
that fits

*your  
budget*



Find out if you qualify  
for \$0 or low-cost plans.

Name:

Address:

City:

Zip:

Phone:

Email:

I am interested in IEHP health plans and want more information.



1-833-607-0007  
[enroll@iehp.org](mailto:enroll@iehp.org)

**IEHP**  
Covered



By providing my phone number, I agree to have an IEHP team member call me about health plan options. IEHP proudly partners with Covered California™ to offer IEHP Covered. Financial help available to those who qualify. ©2025 Inland Empire Health Plan. A Public Entity. All Rights Reserved.

# Un plan de salud que se adapta

*a su presupuesto*

Entérese si califica para planes de \$0 o de bajo costo.



Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Código Postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Estoy interesado(a) en los planes de salud de IEHP y deseo obtener más información.



1-833-607-0007  
enroll@iehp.org

**IEHP**  
Covered



Al proporcionar mi número de teléfono, estoy aceptando que un miembro del equipo de IEHP me llame para explicarme cuáles son las opciones de planes de salud. Para IEHP es un orgullo asociarse con Covered California™ para ofrecer IEHP Covered. Ayuda financiera disponible para aquellos que califiquen. ©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados.