

# A health plan that fits *your* *budget*



## Find out if you qualify for 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 checking the box, you agree to be contacted by IEHP for marketing, sales, outreach and other member-related purposes through various communication methods, which may include phone, text, email or mail.

©2025 Inland Empire Health Plan. A Public Entity. All Rights Reserved. CC\_26\_ 6698579

# Un plan de salud que se adapta

*a su presupuesto*

Averigüe si califica para planes 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](mailto:enroll@iehp.org)

**IEHP**  
Covered



\*Al marcar la casilla, usted acepta que IEHP se comunice con usted para fines de mercadotecnia, ventas, difusión y otros fines relacionados con los miembros a través de varios métodos de comunicación, que pueden incluir teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o correo postal.

©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados. CC\_26\_ 6698579\_SP