



P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

PRST STD
U.S. POSTAGE

PAID
IEHP



¿Desea copias impresas?

Llame a Servicios para Miembros de IEHP Covered al **1-855-433-IEHP (4347)** o TTY **711**. Se las enviaremos por correo en un plazo de cinco días hábiles a partir de su solicitud.

O escanee
aquí ↪



iehp.org/CCAmemberkit

**¡Póngase en contacto
con nosotros!**



IEHP
Covered



Bienvenido a IEHP Covered

Puede consultar sus materiales nuevos para miembros en iehp.org/CCAmemberkit. Obtenga toda la información, sin necesidad de papel.

Sus materiales nuevos incluyen:

- Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)
- Directorio de proveedores
- Guía para la atención que necesita
- Aviso de privacidad

Escanee
para
comenzar



Su Guía para la atención que necesita



IEHP Covered se compromete a brindarle la atención que necesite, cuando la necesite, así como la información que necesite.

Todo lo que necesita saber sobre sus beneficios y cobertura, incluidos sus derechos y responsabilidades, se puede encontrar en nuestra Evidencia de Cobertura de IEHP Covered de 2026, en el Directorio de proveedores y en otros materiales del plan en línea en iehp.org/CCAmemberkit.

Para ayudarle aun más, a continuación le proporcionamos una guía de referencia rápida que le ayudará a encontrar las respuestas que necesite, cuando las necesite.

Si tiene preguntas a lo largo del proceso, llame a Servicios para Miembros de IEHP Covered al **1-855-433-IEHP (4347)**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8 a.m.-6 p.m. También puede solicitar copias impresas de nuestra Evidencia de Cobertura de IEHP Covered de 2026, el Directorio de proveedores y otros materiales del plan.



Su Manual para Miembros incluye:

- **Beneficios y costos del plan:**
 - Qué está cubierto y qué no
 - Cómo se manejan los medicamentos
 - Lo que usted podría tener que pagar (como copagos)
 - Reglas para obtener atención fuera de nuestra red de servicios
- **Cómo obtener la atención que necesita:**
 - Cómo encontrar médicos y farmacias de la red de servicios de IEHP Covered
 - Cómo obtener atención primaria, especializada, de salud mental y servicios hospitalarios
 - Qué hacer si necesita atención fuera de horario o en caso de emergencia
 - Qué hacer si se encuentra fuera de los condados de Riverside y San Bernardino
- **Si no le satisface su atención:**
 - Cómo presentar una queja
 - Cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión sobre su cobertura o beneficios
 - Información sobre las revisiones externas
 - Cómo decidimos si nuestro plan de salud debe cubrir una nueva tecnología
- **Nuestra lista de medicamentos cubiertos y sus recetas médicas:**
 - Fármacos cubiertos
 - Detalles del copago, incluidos los niveles
 - Cuándo se requiere autorización previa

Su guía para la atención que necesita (continuación)

- Límites en los reabastecimientos, las dosis o las recetas médicas
- Uso de sustitutos genéricos, intercambio terapéutico o protocolos de terapia escalonada
- Cómo se comunican las actualizaciones de la lista de medicamentos cubiertos, con qué frecuencia y si aplican las actualizaciones programadas

- **Otra información importante:**

- Cómo obtener ayuda en su idioma
- Cómo presentar una queja por servicios cubiertos

¿Necesita ayuda para encontrar un médico o una farmacia cerca de usted?

¡Llámenos o visite nuestro sitio web!

Sus derechos

Como miembro de IEHP Covered, tiene derecho a:

- **Trato respetuoso:** Tiene derecho a recibir un trato amable y respetuoso de parte de los médicos y el personal de IEHP. Nadie puede obligarle a tomar decisiones sobre su atención, tomar represalias contra usted ni usar ninguna forma de restricción física para controlarle, ya sea de forma mecánica o con medicamentos.
- **Privacidad:** Su información médica es privada. Tiene derecho a una relación privada con su médico, y sus expedientes médicos deben mantenerse confidenciales. También puede obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar correcciones. Si tiene menos de 18 años, es posible que algunos servicios no necesiten el permiso de sus padres.
- **Elegir sobre su atención:** Tiene derecho a recibir información sobre IEHP Covered, sus servicios y proveedores. Tiene derecho a elegir su propio Proveedor de Cuidado Primario de la lista que aparece en el sitio web de IEHP Covered o en el directorio de proveedores. También debe poder programar citas dentro de los estándares regulatorios de acceso oportuno.
- **Hablar con su médico:** Tiene derecho a conversar sobre cualquier tipo de atención que le recomiende su médico. Puede obtener una segunda opinión y conocer las opciones de tratamiento, sin importar el costo. Puede decir "no" a cualquier tratamiento y tomar decisiones anticipadas sobre su atención en caso de una enfermedad o lesión grave.
- **Servicio oportuno:** Cuando llame a IEHP Covered en horario de oficina, no debe esperar más de 10 minutos para hablar con alguien.
- **Acceso al personal del Programa de Gestión de la Utilización (Utilization Management, UM):** Nuestro personal de UM está disponible por teléfono durante las horas de trabajo normales (al menos ocho horas al día) para problemas de UM. Nuestro personal también recibirá cualquier comunicación sobre UM después de las horas de trabajo. Nuestro personal está disponible por nombre, puesto y nombre de la organización al tomar y devolver llamadas. El servicio de TTY y la asistencia lingüística también están disponibles.
- **Dar su opinión:** Tiene derecho a quejarse de IEHP Covered, de sus médicos o de la atención que recibe sin preocuparse de perder sus beneficios. Si no está de acuerdo con una decisión, puede solicitar una revisión. Puede cancelar IEHP Covered en cualquier momento.
- **Presentar una queja:** Puede presentar una queja en su idioma de preferencia con la ayuda de un intérprete o usando un formulario traducido en el sitio web de IEHP Covered.
- **Obtener atención en cualquier lugar:** Puede obtener atención de emergencia o de urgencia aunque se encuentre fuera de la red de proveedores de IEHP Covered, incluso cuando se encuentre fuera de EE. UU. Si se trata de una emergencia, tiene derecho a recibir atención en el lugar donde se encuentre y a que se le reembolse el costo.

Su guía para la atención que necesita (continuación)

- **Servicio en su idioma:** Puede solicitar gratis un intérprete y se lo proporcionaremos sin costo alguno. También puede solicitar materiales en un idioma o formato (como letra grande o audio) que usted entienda.
- **Conocer sus derechos:** Tiene derecho a obtener información sobre sus derechos y responsabilidades. También tiene derecho a expresar su opinión y dar sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades.

Responsabilidades y obligaciones

Como miembro de IEHP Covered, usted tiene la responsabilidad de:

- **Ser respetuoso:** Trate a su médico y al personal de IEHP Covered con respeto. Sea puntual en sus consultas o llame al menos con 24 horas de antelación si necesita cancelarlas o reprogramarlas.
- **Proporcionar información precisa:** Proporcione información actualizada y correcta para ayudar a IEHP Covered y a sus médicos a brindarle atención. Hágase revisiones periódicas e informe a su médico sobre cualquier problema de salud lo antes posible. Informe a IEHP Covered si le facturan por error.
- **Seguir los consejos de su médico y participar en su atención:** Converse con su médico sobre sus necesidades de salud, establezcan objetivos juntos, comprenda sus problemas de salud y siga el plan de tratamiento acordado. Puede elegir un médico de cuidado primario de nuestra red de servicios o puede aceptar el que se le asigne.
- **Usar la sala de emergencias solo para emergencias:** Acuda a la sala de emergencias únicamente en emergencias verdaderas o cuando se lo indique su médico o la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP Covered. Si no está seguro, llame a su médico o a la Línea de Consejos de Enfermería al **1-888-244-4347** (TTY **711**).
- **Reportar irregularidades:** Si ve o sabe de algún fraude o irregularidad en la atención médica, repórtelo a IEHP Covered. Puede hacerlo sin dar su nombre llamando a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de IEHP Covered al **1-866-355-9038**.



Comuníquese con IEHP Covered al **1-855-433-IEHP (4347)**, TTY: **711**, de lunes-viernes de 8am-6pm, o visite **IEHP.org** para:

- Realizar el pago de una prima mensual o hacer preguntas sobre facturación y pagos
- Obtener una nueva tarjeta de identificación para miembros
- Obtener más información sobre sus beneficios y elegibilidad
- Cambiar de médico de cuidado primario
- Recibir ayuda para encontrar médicos u otros proveedores
- Saber cómo han sido pagadas las quejas



Comuníquese con Covered California al **1-800-300-1506** o visite **CoveredCA.com** para:

- Actualizar su domicilio e información de contacto
- Informar los cambios en sus ingresos
- Actualizar su comprobante de residencia o ciudadanía
- Hacer cambios en su cobertura médica
- Cancelar su cobertura
- Obtener una copia de sus formularios de impuestos estatales o federales sobre seguros médicos
- Hacer preguntas sobre ayuda financiera



Covered

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales. IEHP no discrimina ilegalmente ni excluye a las personas o las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

IEHP proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarlas a comunicarse mejor, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo principal idioma no es el inglés, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP Covered, llamando al **1-855-433-4347 (IEHP)**, de lunes-viernes de 8am-6pm. Si tiene dificultades auditivas o del habla, por favor, llame al **711**. Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en Braille, letra grande, audiocasete o formulario electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Inland Empire Health Plan
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987
1-855-433-4347 (IEHP) (TTY: 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o le discriminó ilegalmente de otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP. Puede presentar una queja formal por escrito, en persona o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP, de 8am-5pm., llamando al **1-855-433-4347 (IEHP)**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame

al TTY: **711**.

- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
IEHP Civil Rights Coordinator
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
91730-5987
- En persona: Visite el consultorio de su médico o IEHP y diga que quiere presentar una queja formal.
- Por vía electrónica: Visite el sitio web de IEHP Covered en ***IEHPCovered.com***.

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-855-433-4347 (IEHP)** y seguir el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún posible derecho o recurso legal que pueda haber a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que usted sea elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para una IMR, durante el proceso de IMR se hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio de web del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en Internet.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

Si considera que le han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una denuncia de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-855-433-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-855-433-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语获得帮助，请致电 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读的文件。请致电 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (4347) 1-855-433-IEHP (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (4347) 1-855-433-IEHP (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus, hu rau 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv sau ua ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hhangv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorx taux 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorx taux 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-433-IEHP (4347) (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с инвалидностью, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-433-IEHP (4347) (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn. Vui lòng gọi số 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

**¡Suministro de
medicamentos
de hasta 100 días,
SIN COSTO DE ENVÍO
Y ENTREGADO
EN SU HOGAR!**



Evite tener que ir a la farmacia y ya no se preocupe por quedarse sin medicamentos.

**Como parte de su beneficio de
farmacia, usted obtiene:**

- ▶ Entrega a domicilio sin costo
- ▶ Un suministro de hasta 100 días
- ▶ Recordatorios de resurtidos

¡Empiece hoy mismo!

Llame a una de nuestras farmacias para inscribirse:

- ▶ **Birdi:** 1-855-873-8739
- ▶ **SortPak:** 1-877-570-7787

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos al **1-855-433-IEHP (4347)**, de 8 a.m.-6 p.m., de lunes-viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Nota: Si no desea usar esta farmacia, puede encontrar una lista completa de otras farmacias en nuestra red en **www.iehp.org**. Los beneficiarios normalmente deben usar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados.

Covered California es una marca registrada del Estado de California.

©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados. CCA-26-6946929_SP

