



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE SERVICIOS/MATERIALES SIN COBERTURA

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL MIEMBRO: _____

DE IDENTIFICACIÓN DE IEHP DEL MIEMBRO: _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____

Servicio(s) y/o materiales sin cobertura solicitado(s) (marcar todas las opciones que correspondan):

TARIFA

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto cosméticos y servicios de ajuste | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Armazones que no forman parte de sus beneficios | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tintes cosméticos/recubrimientos para lentes | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Lentes, que no sean de CR39 ni de vidrio | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | \$ _____ |
| (especifique) | |

Importe total: \$ _____

Solicito el servicio(s)/material(es) especificado(s). Comprendo que el servicio(s)/material(es) no está cubierto por IEHP y/o por Medi-Cal y que no están disponibles para mí como un beneficio. Comprendo que no estoy obligado a adquirir ningún servicio sin cobertura y que, al solicitar dichos servicios o materiales, acepto la responsabilidad total del pago de todos los importes indicados arriba.

Esta exención no se aplica a ninguno de los beneficios cubiertos de IEHP/Medi-Cal. Ninguno de los estándares relacionados con los beneficios cubiertos se verá afectado por las disposiciones de esta exención.

Firma del miembro

Fecha

Firma del proveedor

Fecha