



**FORMULARIO DE RENUNCIA A
SERVICIOS/MATERIALES NO CUBIERTOS**

Nombre del Miembro de IEHP DualChoice: _____

Fecha de Nacimiento del Miembro de IEHP DualChoice: _____

N.º de Identificación del Miembro de IEHP DualChoice: _____

Nombre del Proveedor de IEHP DualChoice: _____

Servicios y/o Materiales No Cubiertos Solicitados (marque todo lo que corresponda):

	TARIFA
<input type="checkbox"/> Lentes de contacto estéticos y servicios de adaptación	\$ _____
<input type="checkbox"/> Marcos sin beneficios	\$ _____
<input type="checkbox"/> Recubrimientos para lentes/ahumados estéticos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Lentes, que no sean CR39 y cristal	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ (especifique)	\$ _____

Total de Cargos: \$ _____

Solicito los servicios/materiales especificados. Entiendo que los servicios/materiales no están cubiertos por IEHP DualChoice y/o Medicare/Medi-Cal y no están disponibles como beneficio para mí. Entiendo que no estoy obligado a comprar ningún servicio no cubierto o que, al solicitar dichos servicios o materiales, acepto la responsabilidad total del pago de todos los cargos indicados anteriormente.

Esta renuncia no se aplica a ningún beneficio cubierto por IEHP DualChoice /Medicare/Medi-Cal. Todas las normas relativas a los beneficios cubiertos no se ven afectadas por las disposiciones de esta renuncia.

Firma del Miembro de IEHP DualChoice

Fecha

Firma del Proveedor de IEHP DualChoice

Fecha

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los afiliados.