公共部門機構
Inland Empire Health Plan

非承保服務／材料豁免表

會員姓名：_____會員出生日期：_____

IEHP 會員卡號碼：_____

醫療服務提供者姓名／名稱：_____

要求的非承保服務和／或材料（勾選所有適用項目）：

	費用
◻ 美瞳隱形眼鏡和驗配服務	$_____
◻ 非福利鏡框	$_____
◻ 美觀染色／鏡片鍍膜	$_____
◻ CR39 和玻璃以外的鏡片	$_____
◻ 其他_____ (請說明)	$_____

總費用：$_____

我要求特定的服務／材料。我瞭解相關服務／材料不屬於 IEHP 和／或 Medi-Cal 的承保範圍，也不是我能取得的福利。我瞭解我沒有義務購買任何非承保服務，如果要求這類服務或材料，我對上述所有費用承擔全部付款責任。

此豁免表不適用任何 IEHP/Medi-Cal 承保福利。所有與承保福利相關的標準不受本豁免表的規定影響。

_____ _____
會員簽名 日期

_____ _____
醫療服務提供者簽名 日期

©2022 Inland Empire Health Plan。保留所有權利。