



## DualChoice

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

### 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro de IEHP DualChoice

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de IEHP DualChoice

\_\_\_\_\_  
Fecha

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*