



## DualChoice

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

### MẪU ĐƠN MIỄN TRỪ DỊCH VỤ/VẬT DỤNG KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ

Tên Hội Viên IEHP DualChoice: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh của Hội Viên IEHP DualChoice: \_\_\_\_\_

Số ID Hội Viên IEHP DualChoice: \_\_\_\_\_

Tên Nhà Cung Cấp IEHP DualChoice: \_\_\_\_\_

(Các) Dịch Vụ và/hoặc Vật Dụng Không Được Đài Thọ mà Hội viên Yêu cầu (đánh dấu vào tất cả các lựa chọn phù hợp):

|  | PHÍ      |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Kính áp tròng thẩm mỹ và các dịch vụ điều chỉnh | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Gọng kính không có lợi ích                      | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Lớp phủ tròng kính/tròng kính tối màu thẩm mỹ   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tròng kính, trừ CR39 và Thủy tinh               | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Khác _____                                      | \$ _____ |
| (ghi rõ)   |          |

Tổng Chi Phí: \$ \_\_\_\_\_

Tôi yêu cầu được cung cấp (các) dịch vụ/vật dụng được chỉ định. Tôi hiểu rằng (các) dịch vụ/vật dụng này không được IEHP DualChoice và/hoặc Medicare/Medi-Cal đài thọ và không được cung cấp cho tôi dưới danh nghĩa quyền lợi. Tôi hiểu rằng tôi không có nghĩa vụ phải mua bất kỳ dịch vụ không được đài thọ nào hay khi yêu cầu các dịch vụ hoặc vật dụng đó, tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thanh toán cho tất cả các khoản phí như đã nêu trên đây.

Đơn miễn trừ này không áp dụng cho bất kỳ quyền lợi nào được IEHP DualChoice/Medicare/Medi-Cal đài thọ.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Hội Viên IEHP DualChoice

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Nhà Cung Cấp IEHP DualChoice

\_\_\_\_\_  
Ngày

*IEHP Dual Choice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia vào IEHP DualChoice (HMO D-SNP) tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.*