



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
<input type="checkbox"/> 美瞳隱形眼鏡和驗配服務	\$ _____
<input type="checkbox"/> 非福利鏡框	\$ _____
<input type="checkbox"/> 美觀染色 / 鏡片鍍膜	\$ _____
<input type="checkbox"/> CR39 和玻璃以外的鏡片	\$ _____
<input type="checkbox"/> 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