



**FORMULARIO DE EXENCIÓN DE SERVICIOS/MATERIALES SIN COBERTURA**

NOMBRE DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

# DE IDENTIFICACIÓN DE IEHP DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

Servicio(s) y/o materiales sin cobertura solicitado(s) (marcar todas las opciones que correspondan):

**TARIFA**

Lentes de contacto cosméticos y servicios de ajuste	\$ _____
Armazones que no forman parte de sus beneficios	\$ _____
Tintes cosméticos/recubrimientos para lentes	\$ _____
Lentes, que no sean de CR39 ni de vidrio	\$ _____
Otros _____	\$ _____
(especifique)	

Importe total: \$ \_\_\_\_\_

Solicito el servicio(s)/material(es) especificado(s). Comprendo que el servicio(s)/material(es) no está cubierto por IEHP y/o por Medi-Cal y que no están disponibles para mí como un beneficio. Comprendo que no estoy obligado a adquirir ningún servicio sin cobertura y que, al solicitar dichos servicios o materiales, acepto la responsabilidad total del pago de todos los importes indicados arriba.

Esta exención no se aplica a ninguno de los beneficios cubiertos de IEHP/Medi-Cal. Ninguno de los estándares relacionados con los beneficios cubiertos se verá afectado por las disposiciones de esta exención.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha