



MẪU ĐƠN MIỄN TRỪ CÁC DỊCH VỤ / TÀI LIỆU KHÔNG ĐƯỢC ĐÀI THỌ

TÊN HỘI VIÊN: _____

NGÀY SINH CỦA HỘI VIÊN: _____

SỐ ID IEHP CỦA HỘI VIÊN: _____

TÊN NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE: _____

(Các) Dịch vụ và/hoặc các tài liệu không được đài thọ được yêu cầu (đánh dấu vào tất cả các mục được áp dụng):

	PHÍ
<input type="checkbox"/> Kính áp tròng thẩm mỹ và dịch vụ thử kính	\$ _____
<input type="checkbox"/> Các gọng kính không được đài thọ	\$ _____
<input type="checkbox"/> Màu thẩm mỹ/lớp phủ tròng kính	\$ _____
<input type="checkbox"/> Tròng kính, ngoài CR39 và Thủy tinh	\$ _____
<input type="checkbox"/> Khác _____	\$ _____

(vui lòng ghi rõ)

Tổng chi phí: \$ _____

Tôi yêu cầu (các) dịch vụ/các tài liệu được chỉ định. Tôi hiểu rằng (các) dịch vụ/các tài liệu không được IEHP và/hoặc Medi-Cal đài thọ và không được cung cấp như một quyền lợi cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi không có nghĩa vụ phải mua bất kỳ dịch vụ không được đài thọ nào hoặc khi yêu cầu các dịch vụ hoặc tài liệu đó, tôi chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc thanh toán tất cả các khoản phí như đã nêu ở trên.

Việc miễn trừ này không áp dụng cho bất kỳ quyền lợi nào được IEHP/Medi-Cal đài thọ. Tất cả các tiêu chuẩn liên quan đến các quyền lợi được đài thọ không bị ảnh hưởng bởi các quy định của việc miễn trừ này.

Chữ ký của hội viên

Ngày

Chữ ký của nhà chăm sóc sức khỏe

Ngày