



DualChoice

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

非承保服務/材質棄權表

IEHP DualChoice會員姓名： _____

IEHP DualChoice會員出生日期： _____

IEHP DualChoice會員卡號： _____

IEHP DualChoice醫療服務提供者名稱： _____

所申請的非承保服務和/或材質（選擇所有適用項）：

	費用
<input type="checkbox"/> 美瞳和適配服務	\$ _____
<input type="checkbox"/> 非福利鏡框	\$ _____
<input type="checkbox"/> 美容染色鏡片/鏡片鍍膜	\$ _____
<input type="checkbox"/> 除CR39和玻璃鏡片之外的鏡片	\$ _____
<input type="checkbox"/> 其他 _____	\$ _____
(請說明)	

總費用：\$ _____

本人申請承保上述服務/材質。本人知悉，上述服務/材質不受IEHP DualChoice和/或 Medicare/Medi-Cal承保，亦不可作為福利提供給本人。本人知悉，本人沒有義務購買任何非承保服務，同時知悉在申請此類服務或材質時，本人即同意全額支付上述費用。

此項棄權不適用於任何IEHP DualChoice/Medicare/Medi-Cal承保福利。

IEHP DualChoice會員簽名

日期

IEHP DualChoice醫療服務提供者簽名

日期

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。