



## Superior HealthPlan DME Preferred Provider Opt-Out Form

I, \_\_\_\_\_ (enter name), would like to opt out of the Superior HealthPlan Durable Medical Equipment (DME) preferred provider program. I would like \_\_\_\_\_ (Name of DME company) to provide the DME items that are being requested on my behalf. I understand that medical supplies ordered from non-preferred DME providers will require prior authorization based on a review for medical necessity.

\_\_\_\_\_  
Member or \*Authorized Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Member Printed Name

\_\_\_\_\_  
Superior Member ID Number

### **\*Authorized Representative**

Note: Authorized representative must be the individual listed in TIERS or the member has authorized them as their representative.

If you are not the member, name of person signing form:

\_\_\_\_\_

Relationship to member: \_\_\_\_\_

*This form is valid for one year from the date of signature. Members may submit an opt-out form annually if they would like to continue to opt-out of the DME preferred provider program.*

*The form can be submitted to Superior by the doctor that ordered your supplies or the medical supply provider of your choice.*

**NOTE TO PROVIDER:** Please submit this form to Superior HealthPlan with your request for prior authorization.



**Superior HealthPlan**  
**Formulario para dejar de participar en el programa de proveedores preferidos de equipo médico duradero (DME)**

Yo, \_\_\_\_\_ (introduzca su nombre), quisiera dejar de participar en el programa de proveedores preferidos de equipo médico duradero (DME) de Superior HealthPlan. Me gustaría que \_\_\_\_\_ (nombre de la empresa de equipo médico duradero [DME]) proporcione los artículos de equipo médico duradero (DME) que se solicitan a mi nombre. Entiendo que los suministros médicos pedidos a proveedores no preferidos de equipo médico duradero (DME) requerirán una autorización previa basada en una revisión de la necesidad médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o un representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro de Superior HealthPlan

**\*Representante autorizado**

OJO: El representante autorizado debe ser la persona que aparece en TIERS o debe haber sido autorizado por el afiliado como su representante.

Si usted no es el miembro, indique el nombre de la persona que firma el formulario:

\_\_\_\_\_  
Relación con el afiliado:

*Este formulario es válido por un año a partir de la fecha de la firma. Los miembros pueden presentar anualmente un formulario para optar por otra opción si quisieran continuar con la opción de no participar en el programa proveedores preferidos de equipo médico duradero (DME).*

*El doctor que solicitó sus suministros o un proveedor de suministros médicos que usted escoja puede entregarle el formulario a Superior.*

*NOTA PARA EL PROVEEDOR: Por favor, envíe este formulario a Superior HealthPlan con su solicitud para obtener una autorización previa.*