



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

Fecha

Nombre del miembro en letra de imprenta

Número de identificación del miembro de Superior HealthPlan

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).

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