



## Formulario de Apelación del Afiliado

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Appeals and Grievances - Medicare Operations

7700 Forsyth Blvd | St. Louis, MO | 63105

Fax: 1-844-273-2671

Como afiliado a Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP), usted tiene derecho a presentar una apelación por cualquier denegación relacionada con servicios médicos (Parte C) o la cobertura de medicamentos que requieren receta médica (Parte B). Puede presentar las solicitudes de apelación por escrito o llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-896-1844/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le solicite que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro del siguiente día hábil. Superior STAR+PLUS MMP le informará sobre la decisión dentro de los siguientes plazos después de haber recibido su solicitud:

Apelaciones Estándar Previas al Servicio Relacionadas con  
Servicios Médicos: **15 días calendario**

Apelaciones Estándar Relacionadas con Medicamentos que Requieren  
Receta Médica de la Parte B: **7 días calendario**

Apelaciones Aceleradas Previas al Servicio Relacionadas con  
Servicios Médicos: **72 horas**

Apelaciones Aceleradas Relacionadas con Medicamentos que Requieren  
Receta Médica de la Parte B: **72 horas**

Las apelaciones relacionadas con problemas de pago Por la Parte C y medicamentos de la Parte B recibirán una decisión de apelación estándar dentro de los 60 días calendario de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si usted pide más tiempo, tenemos hasta 14 días calendario más para una Apelación Previa al Servicio de la Parte C. Le informaremos a usted o su representante por escrito si decidimos tomar días adicionales para brindar la decisión.

***\*Apelaciones aceleradas*** significan que usted considera que usar los plazos estándar podría dañar gravemente su vida o su salud, o poner en peligro su capacidad de recuperar una función al máximo. Usted también deberá solicitar la cobertura de la atención médica o de un medicamento que aún no ha recibido.

Nombre del Afiliado: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Afiliado: \_\_\_\_\_

Relación con el Afiliado\* (elija una opción):  Solicitante  Padre/Madre  Tutor Legal  Cónyuge

Otra: \_\_\_\_\_

*\*Si se selecciona otra opción distinta de "Solicitante", se requerirá un comprobante de tutela, un poder legal o un formulario de Designación de Representante (por sus siglas en inglés, AOR). El formulario de AOR se puede encontrar en nuestro sitio Web.*

Nombre de la Persona que Presenta la Apelación: \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono: Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Tipo de Apelación (elija una opción):

- Apelación Estándar Previa al Servicio (Médico) - (revisión en 15 días calendario)
- Apelación Acelerada Previa al Servicio (Médico) - (revisión en 72 horas)
- Apelación Estándar de la Parte B (Medicamento que Requiere Receta Médica) - (revisión en 7 días calendario)
- Apelación Acelerada de la Parte B (Medicamento que Requiere Receta Médica) - (revisión en 72 horas)
- Apelación Estándar por Problemas de Pago (Parte C y medicamentos de la Parte B) - (revisión en 60 días calendario)

¿Qué se denegó? (Incluya una copia de la carta de denegación.)

---

---

---

---

---

---

¿Por qué considera que usted debe recibir <este/estos> servicio(s) médico(s)/medicamento que requiere receta médica o pago?

---

---

---

---

---

---

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted en relación con esta apelación? (elija una opción):  Teléfono  Correo Electrónico

Otra: \_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Presenta la Apelación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si tiene alguna pregunta, llame al número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-896-1844 / TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le solicite que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro del siguiente día hábil.*

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con Medicaid de Texas para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-896-1844 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

***Para Uso Administrativo Únicamente***

Número de Apelación: \_\_\_\_\_ Fecha en que se Recibió: \_\_\_\_\_