



Member Appeal Form

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP)
Appeals and Grievances – Medicare Operations
P.O. Box 10450 | Van Nuys, CA | 91410-0450
Fax: 1-844-273-2671

As a member of Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP), you may use this form to help file an appeal for denials related to medical services or Part B prescription drug coverage. You may file appeal requests in writing or by calling Member Services at 1-866-896-1844 (TTY: 711). Hours are 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. Superior STAR+PLUS MMP will give you a decision within the following timeframes from receiving your request:

Standard Medical Pre-Service Appeals:	30 calendar days
Standard Part B Prescription Drug Appeals:	7 calendar days
Expedited Medical Pre-Service Appeals:	72 hours
Expedited Part B Prescription Drug Appeals:	72 hours

Appeals related to payment issues for Part C medical services and Part B drugs will be given a standard appeal decision within 60 calendar days of request receipt. If we need more information and the delay is in your best interest or if you ask for more time, we have up to 14 more calendar days for medical pre-service appeals. We will tell you or your representative in writing if we decide to take extra days to make the decision.

Expedited appeals mean you feel that using the standard deadlines could cause serious harm to your life or health or jeopardize your ability to regain maximum function. You must also be asking for coverage for medical care or a drug you have not yet received.

Member's Name: Last: _____ First: _____

Medicare ID Number: _____

Member Date of Birth: _____

Relationship to Member* (please choose one): ☐ Self ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Spouse

☐ Other: _____

**If other than "Self" is selected, proof of guardianship, power of attorney or an Appointment of Representative (AOR) form will be required. The AOR form can be found on our website, mmp.SuperiorHealthPlan.com.*

Name of Person Submitting the Appeal: _____

Phone Number(s): Home: _____ Cell: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____ County: _____

Email: _____ Physician: _____

Appeal Type (please choose one):

☐ Standard Medical Pre-Service Appeal – (30 calendar days review)

☐ Expedited Medical Pre-Service Appeal – (72 hours review)

☐ Standard Part B Prescription Drug Appeal – (7 calendar days review)

☐ Expedited Part B Prescription Drug Appeal – (72 hours review)

☐ Standard Part C and Part B Drug Payment Issues Appeal – (60 calendar days review)

What was denied? (Please include a copy of the denial letter.)

Why do you think you should have this/these medical service(s)/prescription(s) or payment?

What is the best way to reach you regarding this appeal? (please choose one): ☐ Phone ☐ Email

☐ Other: _____

Signature of Person Appealing: _____ Date: _____

If you have any questions, please call our Member Services number at 1-866-896-1844 (TTY: 711). Hours are 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.

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) is a health plan that contracts with both Medicare and Texas Medicaid to provide benefits of both programs to enrollees.

For Administrative Use Only

Appeal Number: _____ Date Received: _____



English: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

Spanish: Contamos con servicios de asistencia lingüística, servicios y asistencia auxiliares y otros formatos alternativos para usted de forma gratuita. Para recibirlos, llame al **1-866-896-1844** (TTY: **711**).

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-866-896-1844** (TTY: **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-866-896-1844** (TTY: **711**). Giờ làm việc là từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Vào các ngày cuối tuần và ngày lễ của tiểu bang hoặc liên bang, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

Chinese : 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，您僅需於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-866-896-1844** (TTY: **711**) 與我們聯絡。週末及州或聯邦假日時，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 월요일 ~ 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-866-896-1844** (TTY: **711**) 번으로 당사에 연락해 주십시오. 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Arabic: نوَقِّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على الرقم **1-866-896-1844** (TTY: **711**) من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلة نهاية الأسبوع وخلال إجازات الولاية أو الإجازات الفيدرالية، وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوالوں کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان سروسز ہیں۔ مترجم کے لیے ہمیں صرف اس **1-866-896-1844** (TTY: **711**) نمبر پر صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، پیر تا جمعہ کال کریں۔ اختتام ہفتہ اور ریاستی یا وفاقی تعطیلات میں، آپ کو پیغام بھیجنے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ آپ کی کال اگلے کاروباری دن میں واپس کی جائے گی۔ اردو بولنے والا کوئی بھی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng interpreter, tumawag lang sa amin sa **1-866-896-1844** (TTY: **711**) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaaring magpaiwan sa inyo ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw na may pasok. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-866-896-1844** (TTY : **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. Si vous appelez pendant les week-ends et jours fériés, vous devrez peut-être laisser un message. Nous vous rappellerons le jour ouvrable suivant. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए बस हमें **1-866-896-1844** (TTY: **711**) पर कॉल करें। कार्य समय पर सोमवार से शुक्रवार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक। सप्ताहांत और राज्य या संघीय छुट्टियों पर, आपसे एक संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। अगले कार्य दिवस पर आपके कॉल का जवाब दिया जाएगा। हिंदी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।



Persian/Farsi: ما برای پاسخگویی به همه پرسشهایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه میدهیم. برای در اختیار داشتن مترجم میتوانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره **1-866-896-1844 (TTY: 711)** با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفتهها و روزهای تعطیل ممکن است از شما خواسته شود که پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. شخصی که به زبان فارسی صحبت میکند میتواند به شما کمک کند. این خدمات بهطور رایگان ارائه میشود.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr unter folgender Telefonnummer an: **1-866-896-1844 (TTY: 711)**. An Wochenenden und an Feiertagen werden Sie möglicherweise aufgefordert, eine Nachricht zu hinterlassen. Wir rufen Sie am nächsten Werktag zurück. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Gujarati: આરોગ્ય અથવા દવા સંબંધી યોજના વશિ તમને હોઈ શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે દુભાષણિની મફત સેવાઓ છે. દુભાષણિ મેળવવા માટે, બસ અમને **1-866-896-1844 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. અમારા કામકાજનો સમય સોમવારથી શુક્રવાર સુધી સવારે 8 વાગ્યાથી રાતના 8 વાગ્યા સુધીનો છે. વીકેન્ડ પર અને રાજ્યની કે સંઘીય રજાઓના દવિસે, તમને એક મેસેજ મૂકવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલનો વળતો જવાબ કામકાજના આગલા દવિસની અંદર આપવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-866-896-1844 (TTY: 711)**. Часы работы: с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В выходные и праздничные дни федерального уровня или на уровне штата вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、月曜日～金曜日の午前8時～午後8時に、**1-866-896-1844 (TTY: 711)** までお電話ください。週末、祝日は、留守番電話にメッセージを残す必要がある場合があります。その場合は、次の営業日に折り返しお電話いたします。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。



Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາຟຣີເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ຫາກຕ້ອງການຄົ້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-866-896-1844** (TTY: **711**) ເລີຍແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ. ຫຼັງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ, ໃນທ້າຍອາທິດ ແລະ ໃນວັນພັກ, ທ່ານອາດຈະຖືກບອກໃຫ້ຝາກຂໍຄວາມໄວ້. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການໂທກັບພາຍໃນໃນມື້ເຮັດວຽກທັດໄປ. ຈະມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-866-896-1844** (TTY: **711**) dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Nei fine settimana e nei giorni festivi statali o federali potrebbe essere necessario lasciare un messaggio. La ricontatteremo entro il giorno lavorativo successivo. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-866-896-1844** (TTY: **711**). O serviço está disponível de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar ao fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan **1-866-896-1844** (TTY: **711**) soti 8è a.m. rive 8è p.m., Lendi pou Vandredi. Aprè lè biwo yo fèmen, nan wikenn ak pandan jou ferye, yo gendwa mande w pou ou kite yon mesaj. Y ap tounen rele w pwochen jou biwo yo louvri a. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-866-896-1844** (telefon tekstowy (TTY): **711**) w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. W weekendy i święta konieczne może być pozostawienie wiadomości. Oddzwonimy w następnym dniu roboczym. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.
