[Insert Group Name, Address, Phone Number]

**AVISO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS (CENTRO DE ATENCIÓN)**

Fecha: [Letter Date]

[Name of Member]

[Address]

Información importante del plan

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de nacimiento: | [Date of birth] |
| Identificación del miembro: | [Member ID] |
| Plan de salud: | SCAN Health Plan® |
| Proveedor que atiende al paciente: | [Provider full name] |
| Centro: | [Facility name] |
| N.° de autorización/precertificación: | [Authorization number] |

Estimado/a [Member First Name]:

[*Use this section for* ***preservice*** *Inpatient authorizations:*]

**Hemos aprobado la siguiente duración para una hospitalización:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio autorizado:** | [Insert Authorized Service] | |
| **Cantidad de días autorizados:** | [Number of authorized days – total] | |
| **Autorización válida desde/hasta:** | [Authorization Start Date] | [Authorization End Date] |

[*Use this section for* ***concurrent*** *Inpatient authorizations:*]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio autorizado:** | [Inpatient Admission and Services at <facility name>] | |
| **Cantidad de días autorizados:** | <Number of authorized days – total> | |
| **Autorización válida desde/hasta:** | <Admit Date> | <Authorization End Date> |

[REVENUE CODE if applicable]

Debe ser miembro de SCAN en el momento en que se le brinden los servicios mencionados anteriormente.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con [Group contact information]

El Departamento de Servicios para Miembros de SCAN también está a su disposición para ayudarlo:

Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 para recibir más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días festivos o fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

[Group department information]

**Note requested provider/practitioner:** Confirm member’s eligibility prior to providing care/service. The care/service is approved only if the member is eligible at the time of service.