[*Date*]

[*Name of Beneficiary or Representative*]

[*Address*]

Nombre del beneficiario: [*Name*] Nombre del proveedor: [*Name*]

N.º de identificación del miembro: [*ID #*] Servicio solicitado: [*Service*]

Nombre del plan de salud: SCAN [*Fecha de la solicitud estándar*: [*Date*]]

N.º de teléfono del plan de salud: (800) 559-3500 [*Fecha de la solicitud expedita*: [*Date*]]

Nombre del médico tratante: [*Name*] [*Fecha de la solicitud expedita*: [*Time*]]

Estimado(a) [*Beneficiary’s Name*]:

Esta correspondencia es en respuesta a su solicitud o la de su médico de una decisión inicial [*expedita de setenta y dos (72) horas-delete if not applicable*] con respecto a los servicios indicados antes. Necesitamos extender nuestra revisión más allá del período de tiempo de [*72 horas or 14 días calendario*].

En el caso de su solicitud, es necesaria una extensión de [*insert #*] días calendario porque:

OPCIÓN 1: Usted o su médico solicitaron una extensión para poder obtener información adicional. *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member.]*

OPCIÓN 2: Creemos que podemos aprobar la solicitud con la información adicional que se está solicitando. *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted providers or additional tests may change an MAO’s or provider group’s decision to deny.]*

No podemos extender su solicitud [*expedita de setenta y dos (72) horas -delete if not applicable*] en más de catorce (14) días calendario adicionales a partir de la fecha de la solicitud expedita o estándar.

Durante esta extensión, [*insert description of what the beneficiary must do in lay terms*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puede presentar una queja formal expedita oral o escrita a su plan de salud si no está de acuerdo con nuestra decisión para retrasar su determinación. El proceso de queja le permite a un miembro presentar una queja al plan de salud acerca de asuntos que no sean reclamos o servicios denegados. Su plan de salud debe responder a una queja expedita en el plazo de veinticuatro (24) horas después de haber recibido la queja. Para presentar una queja expedita, usted o su representante autorizado deben presentar su queja por teléfono, correo o fax a:

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

 (800) 559-3500

Fax: (562) 989-0958

Continuaremos haciendo todos los esfuerzos necesarios para obtener la información necesaria lo más pronto posible con el fin de completar la revisión [*expedita, delete if not applicable*] de este asunto. Por favor, dirija cualquier pregunta o información adicional a mi atención al 1-(XXX)-XXX-XXXX o TDD/TTY 1-(XXX-XXXX) en el horario de [add hours of operation], o envíe la información por fax al 1-(XXX)-XXX-XXXX.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

Cargo

C: Proveedor, si lo solicitó el proveedor