[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**AVISO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

**[SEGUNDA OPINIÓN][TERCERA OPINIÓN]**

Fecha: [Date]

[Name of Member]

[Address]

 Información importante del plan

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de nacimiento: | [Date of birth] |
| Identificación de miembro: | [Member ID] |
| Plan de salud: | SCAN |
| Médico solicitante: | [Provider full name] |
| Proveedor solicitado: | [Requested provider full name] |
| N.º de autorización/precertificación: | [Authorization number] |

Estimado(a) [Name of Member]:

Queremos comunicarle que se aprobó la solicitud de una consulta para obtener una [segunda opinión][tercera opinión].

Tenga en cuenta que esta [segunda opinión][tercera opinión] es ***solo para una consulta***:

* Esta no es una autorización para transferir su atención al médico o al centro que ofrezca la [segunda opinión][tercera opinión].
* Esta no es una autorización para realizarse análisis de sangre, radiografías, tomografías ni ninguna otra prueba.

Después de esta consulta, debe volver a atenderse con su médico de atención primaria. Usted y su médico revisarán juntos los resultados de la consulta y analizarán las recomendaciones. Si necesita otros servicios, su médico de atención primaria administrará su atención.

**Se aprobaron los siguientes servicios:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código del servicio:** | **Descripción del código del servicio:** | **Unidades:** |
| SERVICE\_CODE1 | SERVICE\_DESC\_CODE1 | UNITS\_AUTHORIZED\_1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE2 | SERVICE\_DESC\_CODE2 | UNITS\_AUTHORIZED\_2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE3 | SERVICE\_DESC\_CODE3 | UNITS\_AUTHORIZED\_3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE4 | SERVICE\_DESC\_CODE4 | UNITS\_AUTHORIZED\_4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE5 | SERVICE\_DESC\_CODE5 | UNITS\_AUTHORIZED\_5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE6 | SERVICE\_DESC\_CODE6 | UNITS\_AUTHORIZED\_6 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE7 | SERVICE\_DESC\_CODE7 | UNITS\_AUTHORIZED\_7 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE8 | SERVICE\_DESC\_CODE8 | UNITS\_AUTHORIZED\_8 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE9 | SERVICE\_DESC\_CODE9 | UNITS\_AUTHORIZED\_9 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE10 | SERVICE\_DESC\_CODE10 | UNITS\_AUTHORIZED\_10 |

**Autorización válida desde:** [Begin date] **to** [End date]

Este servicio se aprueba según la necesidad médica, su elegibilidad y los beneficios del plan. Su proveedor/médico confirmará su elegibilidad en el momento en que reciba el servicio.

**Tenga en cuenta que cualquier costo compartido, copago o responsabilidad aplicable como miembro corre por su cuenta.**

Para utilizar esta autorización, debe ser miembro de SCAN en el momento del servicio, desde el [Begin date] hasta el [End date]. Debe utilizar la autorización en un plazo de 60 días desde su emisión, que comprende el período entre el [Begin date] y el [End date]. SCAN deberá revisar las autorizaciones futuras para decidir si los servicios son médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, Servicios para Miembros de SCAN está aquí para brindarle ayuda. 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 que se reciban los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

[Provider department information]

CC: [Authorized provider full name]

 [Ordering physician full name]

**Nota para el proveedor/médico solicitado:** Confirme la elegibilidad del miembro antes de brindar la atención/el servicio. La atención/el servicio se aprueba solo si el miembro es elegible en el momento de recibir el servicio.