[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 a el/la 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] | |
| **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:** | [Admisión y servicios para pacientes internados en <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 reciba los servicios mencionados.

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

Los Servicios para Miembros de SCAN también pueden ayudar. Para comunicarse con Servicios para Miembros de SCAN, llame al 1-800-559-3500 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede solicitar a Servicios para Miembros una copia gratuita de la información utilizada para tomar esta decisión. Esta puede incluir registros médicos, pautas y otra documentación. El horario de Servicios para Miembros es de 8:00 a. m. a 8:00 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 es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera del horario de atención se responderán en el plazo 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.