[Insert Group Name, Address, Phone Number]

**AVISO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

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 |
| Médico solicitante: | [Provider full name] |
| Proveedor solicitado: | [Requested provider full name] |
| Dirección del proveedor solicitado: | [Requested provider address] |
| Teléfono del proveedor solicitado: | [Requested provider phone] |
| Especialidad del proveedor solicitado: | [Specialty] |
| N.° de autorización/precertificación: | [Authorization number] |

Estimado/a [Name of Member]:

Queremos informarle que [Medical Group/IPA Name] recibió [una solicitud *OR* la solicitud de su médico/a] para [DESCRIPTION OF REQUESTED SERVICE(S)].

**Hemos revisado y aprobado los siguientes servicios:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código del servicio:** | **Descripción del código del servicio:** | **Unidad(es):** |
| SERVICE\_CODE 1 | [Service Description Code 1] | [Units Authorized 1] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 2 | [Service Description Code 2] | [Units Authorized 2] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 3 | [Service Description Code 3] | [Units Authorized 3] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 4 | [Service Description Code 4] | [Units Authorized 4] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 5 | [Service Description Code 5] | [Units Authorized 5] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 6 | [Service Description Code 6] | [Units Authorized 6] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 7 | [Service Description Code 7] | [Units Authorized 7] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 8 | [Service Description Code 8] | [Units Authorized 8] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 9 | [Service Description Code 9] | [Units Authorized 9] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE CODE 10 | [Service Description Code 10] | [Units Authorized 10] |

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

Debe ser miembro de SCAN en el momento en que reciba los servicios mencionados.
Para programar estos servicios, comuníquese con: [SERVICE PROVIDER NAME] [SERVICE PROVIDER PHONE].

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 before providing care/service. The care/service is approved only if the member is eligible at the time of service.