[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] para [DESCRIPTION OF REQUESTED SERVICE(S)].

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código del servicio:** | **Descripción del código del servicio:** | **Unidad(es):** |
| SERVICE\_CODE1 | [Service Description Code 1] | [Units Authorized 1] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE2 | [Service Description Code 2] | [Units Authorized 2] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE3 | [Service Description Code 3] | [Units Authorized 3] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE4 | [Service Description Code 4] | [Units Authorized 4] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE5 | [Service Description Code 5] | [Units Authorized 5] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE6 | [Service Description Code 6] | [Units Authorized 6] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE7 | [Service Description Code 7] | [Units Authorized 7] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE8 | [Service Description Code 8] | [Units Authorized 8] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE9 | [Service Description Code 9] | [Units Authorized 9] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE\_10 | [Service Description Code 10] | [Units Authorized 10] |

**La autorización tiene validez desde el** [Begin date] **hasta el** [End date]

Para recibir los servicios, comuníquese con: [SERVICE PROVIDER NAME] [SERVICE PROVIDER PHONE]

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

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

El Departamento de Servicios para Miembros de SCAN también está a su disposición para ayudarlo: Llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m.
a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

[Group department information]

**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.