[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 del miembro: | [Member ID] |
| Plan de salud: | SCAN Health Plan |
| 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 ha aprobado la solicitud de una consulta para que obtenga 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 a el/la médico/a ni 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/a de atención primaria. Usted y su médico/a revisarán juntos los resultados de la consulta y analizarán las recomendaciones. Si necesita otros servicios, su médico/a de atención primaria administrará su atención y realizará cualquier otra solicitud de autorización a través de su grupo médico o de SCAN, su plan de salud.

**Se aprobaron los siguientes servicios:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código del servicio:** | **Descripción del código del servicio:** | **Unidad(es):** |
| SERVICE\_CODE 1 | SERVICE\_DESC\_CODE1 | UNITS\_AUTHORIZED\_1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 2 | SERVICE\_DESC\_CODE2 | UNITS\_AUTHORIZED\_2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 3 | 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] **hasta** [End date]

Este servicio se aprueba según la necesidad médica, su elegibilidad y los beneficios del plan. A fin de utilizar esta autorización, debe ser miembro de SCAN al momento del servicio. Su proveedor/a o médico/a confirmará su membresía de SCAN en el momento en que reciba el servicio.

Debe utilizar esta autorización en un plazo de 60 días, desde el [Begin date] hasta el[End date].

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de SCAN 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 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]

**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.