[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**Aviso de rechazo de solicitud previa al servicio**

[Date]

[Name of Member]

[Address]

|  |
| --- |
| Estimado/a [Name of Member]:  Recientemente, recibimos una solicitud para [Insert**:** brief description of requested outpatient care/pre-services].  Lamentablemente, no podemos procesar su solicitud en este momento.  Este es el motivo:  [For inadequate AOR:] El formulario de Nombramiento de representante (AOR) presentado con la solicitud no es válido actualmente. [Free text: Include **Why/What is missing** in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.] Presente un formulario de AOR actualizado.  [For invalid requestor:] La persona o entidad que realizó la solicitud no tiene permitido realizarla en su nombre sin la recepción de un formulario de AOR adecuado. Complete y envíe un formulario de AOR actual.  [For death – request from physician:] Nos han informado que este miembro ha fallecido. Comuníquese con SCAN si esta información no es correcta.  [For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] Hemos recibido una solicitud para cancelar la solicitud original. |
| **Lo que puede hacer a continuación**   1. Apelar esta decisión. Debemos recibir su apelación dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha de este aviso de rechazo.   Incluya una copia de este ***Aviso de rechazo de la solicitud de cobertura*** junto con cualquier información de respaldo con su apelación y explique por qué considera que el rechazo es incorrecto. Póngase en contacto con nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones para presentar su apelación. |
| SCAN  Attn: Grievance and Appeals Department  P.O. Box 22644  Long Beach, CA 90801-5644  Tel.: 1-800-559-3500  Los usuarios de TTY deben llamar al 711  Fax: 1-562-989-0958 |
| 1. Pedirnos que cancelemos (o desestimemos) este rechazo o reconsideremos su solicitud. Para ello, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros o envíenos una solicitud por escrito que incluya información adicional que respalde su solicitud.   Debemos recibir su solicitud para que desestimemos este rechazo dentro de los **6 meses** posteriores a la fecha de este aviso. Incluya en su solicitud una copia de este *Aviso de rechazo de la solicitud de cobertura* junto con cualquier información de respaldo que tenga. |
| [Insert Provider Name, Address, Phone Number] |

**¿Tiene alguna pregunta?**

Los Servicios para Miembros de SCAN están aquí para ayudar.

Llámelos al 1-800-559-3500 (TTY: 711).

* Horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
* Horario de atención del 1 de abril al 30 de septiembre: 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.

[C: Requesting Provider Name]

[Requesting Provider Address]

[C: PCP]

[PCP Address]