



Email: [referrals@sfighealth.com](mailto:referrals@sfighealth.com)

### English

## **Our office policy on how to obtain referrals or authorization from your insurance company.**

1. You need to schedule an appointment with a specialist or facility for Diagnostic testing.
2. You need to make sure the specialist or facility accepts your insurance. (You need to ask the person assisting you with the appointment at the location)
3. Call our office Referral Department or email: [referrals@sfighealth.com](mailto:referrals@sfighealth.com) **10 days before appointment. You need to call us, do not assume the specialist/or facility will call us.**
4. Make sure you give our office the appointment date, location address, name of specialist/facility, and phone number.
5. You need to call our office every time you schedule an appointment with a specialist or facility. Do not assume follow-up appointments have referral/authorization.
6. **Notice: If you call us on the same day as your appointment, we will not be able to process your referral request.**
7. If you have not seen our physicians in more than 6 months, your request will be denied.

\*\*\*\*\*

### Spanish

## **La póliza de nuestra oficina es sobre cómo obtener referencias o autorización de su compañía de seguros.**

1. Debe programar la cita con un especialista o un centro para las pruebas de diagnóstico.
2. Debe asegurarse de que el especialista o centro acepte su seguro. (Debe preguntarle a la persona que lo asiste con la cita en el lugar)
3. Llame al Departamento de referencias de nuestra oficina o envíe un correo electrónico a: [referrals@sfighealth.com](mailto:referrals@sfighealth.com) **10 días antes de la cita. Debe llamarnos, no asuma que el especialista/o centro nos llamará.**
4. Asegúrese de dar a nuestra oficina la fecha de la cita, la dirección de la ubicación, el nombre del especialista/centro para la prueba y el número de teléfono.
5. Debe llamar a nuestra oficina cada vez que programe una cita con un especialista o centro. No asuma que las citas de seguimiento tienen referencias/autorización.
6. **Aviso: Si nos llama el mismo día de su cita, no podremos procesar su solicitud de referencia.**
7. Si no ha visto a nuestros médicos en más de 6 meses, su solicitud será denegada.

## **You need to have a Referral or Authorization Number for these Insurance Companies.**

**Debe tener un número de referencia o autorización para estas compañías de seguros.**

### **Exchange /Obamacare**

- AmeriHealth Caritas Florida *Next*
- Molina Healthcare Plan
- UHC (United Health) Exchange

### **Medicaid Plans**

- Aetna BetterHealth of Florida
- Humana Horizon Medicaid
- Molina Healthcare Plan Medicaid

### **Medicare Advantage Plans**

- Aetna Medicare
- CarePlus Health Plans Inc.
- Doctor's Healthcare Plan
- Preferred Care Network
- Preferred Care Partners
- Wellcare Health Plan

## **Most insurance requires authorization for CT scans, MRI, MRA, PET Scans, Sleep Studies**

**La mayoría de los seguros requieren autorización para tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y estudios del sueño.**