[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**服務授權通知 -**

**[第二意見][第三意見]**

日期：[Date]

[Name of Member]

[Address]

 重要計劃資訊

|  |  |
| --- | --- |
| 出生日期： | [Date of birth] |
| 會員 ID： | [Member ID] |
| 保健計劃： | SCAN |
| 提出申請的執業醫生： | [Provider full name] |
| 所申請的醫療服務提供者： | [Requested provider full name] |
| 授權/預先認證號碼： | [Authorization number] |

尊敬的 [Name of member]：

我們想通知您，前往[第二意見][第三意見]診所就診的申請已獲批准。

請知悉，此[第二意見][第三意見]***僅適用於診所就診***：

* 本通知並不是將您的護理轉到提供[第二意見][第三意見]的醫生或機構的授權。
* 本通知並非用於驗血、X 光檢查、掃描或任何其他測試的授權。

在該次診所就診之後，您必須返回您的主治醫生處接受護理。您和您的醫生將一起審查就診結果並討論任何建議。如果您需要其他服務，您的主治醫生將會管理您的護理。

**以下服務已獲得批准：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服務代碼：** | **服務代碼描述：** | **單位：** |
| SERVICE\_CODE1 | SERVICE\_DESC\_CODE1 | UNITS\_AUTHORIZED\_1 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE3 | 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 |

**授權有效：**[Begin date] **to** [End date]

此服務根據醫療必要性以及您的資格和計劃福利獲得批准。您的醫療服務提供者/執業醫生將在您實際接受服務時確認您的資格。

**請注意，您需承擔任何分攤費用、共付額或任何適用會員責任。**

您必須在服務期間（[Begin date] 至 [End date]）保持 SCAN Health Plan® 的會員資格才能使用該授權。您必須在獲得授權後的 60 日內使用授權，有效時間為：[Begin date] 至 [End date]。SCAN 需要對未來的授權進行審查，以確定該服務是否仍具有醫療必要性。

若您有任何疑問，SCAN 會員服務部隨時隨地為您提供幫助。如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 1-800-559-3500。（聽障人士可致電 711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

[Provider department information]

抄送：[Authorized provider full name]

 [Ordering physician full name]

**所申請的提供者/執業醫生的注意事项：**在提供護理/服務之前確認會員資格。僅在會員擁有接受服務的資格時，才會批准護理/服務。