[Insert Group Name, Address, Phone Number]

**서비스 승인에 대한 통지(시설)**

날짜: [Letter Date]

[Name of Member]

[Address]

플랜에 대한 중요 정보

|  |  |
| --- | --- |
| 생년월일: | [Date of birth] |
| 가입자 ID: | [Member ID] |
| 건강 플랜: | SCAN Health Plan |
| 담당 서비스 제공자: | [Provider full name] |
| 시설: | [Facility name] |
| 승인/사전 인증 번호: | [Authorization number] |

[Member First Name]님께,

[*Use this section for* ***preservice*** *Inpatient authorizations:*]

**승인된 입원 기간:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **승인된 서비스:** | [Insert] | |
| **승인 일수:** | [Number of authorized days – total] | |
| **승인 유효 시작일/종료일:** | [Authorization Start Date] | [Authorization End Date] |

[*Use this section for* ***concurrent*** *Inpatient authorizations:*]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **승인된 서비스:** | [<facility name> 의 입원 및 서비스] | |
| **승인 일수:** | <Number of authorized days – total> | |
| **승인 시작일/종료일:** | <Admit Date> | <Authorization End Date> |

[REVENUE CODE if applicable]

귀하는 상기 서비스를 받는 시점에 SCAN의 가입자여야 합니다.

질문이 있으시면 문의해 주십시오: [Group contact information]

SCAN 가입자 서비스부도 도움을 드릴 수 있습니다. SCAN 가입자 서비스부에 연락하시려면   
1-800-559-3500번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번으로 전화). 이러한 결정을 내리는 데 사용된 정보의 무료 사본을 가입자 서비스부에 요청하실 수도 있습니다. 여기에는 지침 및 기타 문서가 포함될 수 있습니다. 가입자 서비스 시간은 다음과 같습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시 중에 연락해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 휴일과 업무 시간 외 시간에 수신된 메시지는 업무일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.

[Group department information]

**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.