[Insert Group Name, Address, Phone Number]

**서비스 승인 통지**

날짜: [Letter Date]

[Name of Member]

[Address]

플랜에 대한 중요 정보

|  |  |
| --- | --- |
| 생년월일: | [Date of Birth] |
| 가입자 ID: | [Member ID] |
| 건강 플랜: | SCAN Health Plan |
| 요청 의사: | [Provider full name] |
| 요청된 서비스 제공자: | [Requested provider full name] |
| 요청받은 서비스 제공자 주소: | [Requested provider address] |
| 요청받은 서비스 제공자 전화: | [Requested provider phone] |
| 요청받은 서비스 제공자 전문분야: | [Specialty] |
| 승인/사전 인증 번호: | [Authorization number] |

[Name of member] 님께,

[Medical Group/IPA Name] 이(가) [DESCRIPTION OF REQUESTED SERVICE(S)]에 대한 [요청 *OR* 의사의 요청]을 받았음을 알려드리고자 합니다.

**당사는 다음 서비스를 검토하고 승인했습니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **서비스 코드:** | **서비스 코드 설명:** | **유닛:** |
| SERVICE\_CODE 1 | [Service Description Code 1]  | [Units Authorized 1]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 2 | [Service Description Code 2]  | [Units Authorized 2]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 3 | [Service Description Code 3]  | [Units Authorized 3] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 4 | [Service Description Code 4]  | [Units Authorized 4]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 5 | [Service Description Code 5]  | [Units Authorized 5]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 6 |  [Service Description Code 6]  | [Units Authorized 6]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 7 |  [Service Description Code 7]  | [Units Authorized 7]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 8 |  [Service Description Code 8]  | [Units Authorized 8]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 9 |  [Service Description Code 9]  | [Units Authorized 9]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE CODE 10 |  [Service Description Code 10]  | [Units Authorized 10]  |

**승인 유효 기간:** [Begin date] **~** [End date]

귀하는 상기 서비스를 받는 시점에 SCAN의 가입자여야 합니다. 이러한 서비스를 예약하려면 [SERVICE PROVIDER NAME]에 [SERVICE PROVIDER PHONE]번으로 문의하십시오.

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.