[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] |
| 요청 제공자: | [Requested provider full name] |
| 요청 제공자 주소: | [Requested provider address] |
| 요청 제공자 전화: | [Requested provider phone] |
| 요청 제공자 전문 과목: | [Specialty] |
| 승인/사전 인증 번호: | [Authorization number] |

[Name of member] 님께,

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

**당사는 다음 서비스를 검토하고 승인했습니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **서비스 코드:** | **서비스 코드 설명:** | **유닛:** |
| SERVICE\_CODE1 | [Service Description Code 1] | [Units Authorized 1] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE2 | [Service Description Code 2] | [Units Authorized 2] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE3 | [Service Description Code 3] | [Units Authorized 3] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE4 | [Service Description Code 4] | [Units Authorized 4] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE5 | [Service Description Code 5] | [Units Authorized 5] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE6 | [Service Description Code 6] | [Units Authorized 6] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE7 | [Service Description Code 7] | [Units Authorized 7] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE8 | [Service Description Code 8] | [Units Authorized 8] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE9 | [Service Description Code 9] | [Units Authorized 9] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE\_10 | [Service Description Code 10] | [Units Authorized 10] |

**승인 유효기간:** [Begin date] **-** [End date]

서비스를 제공받으려면 다음으로 연락하십시오. [SERVICE PROVIDER NAME] [SERVICE PROVIDER PHONE]

서비스가 제공되는 시점에 귀하는 SCAN의 가입자여야 합니다.

질문이 있으시면 문의해 주시기 바랍니다. [Group contact information]

SCAN 가입자 서비스부도 언제든지 도와 드립니다. 추가 정보가 필요하시면 저희 고객 서비스부에
1-800-559-3500번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오). 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시 - 오후 8시이고, 4월 1일부터 9월 30일까지는
월요일 - 금요일 오전 8시 - 오후 8시입니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.

[Group department information]

**요청 제공자/의사 참고 사항:** 치료/서비스를 제공하기 전에 가입자의 자격 여부를 확인하십시오. 치료/서비스는 가입자가 서비스 당시 자격이 있는 경우에만 승인됩니다.