[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**서비스 승인 통지 -**

**[이차 소견][삼차 소견]**

날짜: [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] |
| 요청받은 서비스 제공자: | [Requested provider full name] |
| 승인/사전승인 번호: | [Authorization number] |

[Name of member] 님께,

[이차 소견][삼차 소견] 진료실 방문에 대한 요청 건이 승인되었음을알려드립니다.

이 [이차 소견][삼차 소견]은 ***오직 진료실 방문***에만 허용된다는 점을 기억해 주십시오.

* 본 승인은 귀하의 치료를 [이차 소견][삼차 소견]을 제공하는 의사나 시설로 이전하도록 승인하는 것이 아닙니다.
* 본 승인은 혈액 검사, 엑스레이, 스캔 또는 기타 검사에 대한 승인이 아닙니다.

이번 진료실 방문 후에는 주치의에게 치료를 받으러 가셔야 합니다. 귀하와 귀하의 의사가 함께 방문 결과를 검토하고 권고 사항이 있으면 상담이 이루어질 것입니다. 다른 서비스가 필요한 경우, 주치의가 진료를 관리하고 의료 그룹 또는 건강 플랜인 SCAN을 통해 추가 승인 요청을 할 것입니다.

**다음 서비스가 승인되었습니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **서비스 코드:** | **서비스 코드 설명:** | **유닛:** |
| SERVICE\_CODE 1 | SERVICE\_DESC\_CODE1 | UNITS\_AUTHORIZED\_1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 2 | SERVICE\_DESC\_CODE2 | UNITS\_AUTHORIZED\_2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICE\_CODE 3 | 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 |

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

이 서비스는 의학적 필요성과 귀하의 자격 및 플랜 혜택을 기준으로 승인되었습니다. 이 승인을 이용하려면 서비스 기간 동안 SCAN의 가입자여야 합니다. 서비스 제공자/의사는 귀하가 실제로 서비스를 받는 시점에 귀하의 SCAN 멤버십을 확인합니다. 이 승인은 60일 이내에, 즉 [Begin date]부터[End date]까지 사용해야 합니다.

**비용 분담, 자기부담금 또는 관련 가입자 책임에 대해서는 귀하께서 부담해야 한다는 점을 명심해 주십시오.**

질문이 있으시면 SCAN 가입자 서비스부에 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 서비스부 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

휴일과 영업시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.

[Provider department information]

참조: [Authorized provider full name]

[Ordering physician full name]

**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.