**[Insert Provider Name, Address, Phone Number]**

**수혜자 및/또는 서비스 제공자/의사에게 제공하는 정보 제공 목적의 서신**

*[Issue for carve-out situations when referring Beneficiary and/or physician to another entity or source for requested services that the group or Plan does not have responsibility for providing or authorizing. For referrals forwarded to SCAN Health Plan Utilization Management (i.e. Medi-Cal ONLY benefits) please include the original request/referral and any medical records with this Informational letter: use FAX # 800-411-0671.]*

[Date]

[Name of Patient or Representative]

[Address]

|  |  |
| --- | --- |
| 환자 이름:  | [Name of Patient] |
| 가입자 ID 번호:  | [Member ID] |
| 건강 플랜 이름:  | SCAN Health Plan |
| 주문 의사의 이름:  | [Ordering Provider Name] |
| 요청 서비스:  | [Request Service] |
| 참조 번호:  | [Reference Number if Applicable] |

친애하는 [Patient Name] 님께:

[Medical Group/IPA Name or Plan name]이(가) SCAN 가입자를 위해 상기의 서비스를 제공 또는 승인하지 않는다는 사실을 본 서신을 통해 알려 드립니다.

<Select this language for any Medi-Cal-only benefit requests for SCAN FIDE SNP members> 검토를 위해 이 요청을 SCAN Health Plan 이용도 관리부에게 보냈습니다. SCAN은 요청을 검토하고 향후 단계에 대해 안내드리겠습니다.

<Select this language for Hospice Services> 호스피스 서비스는 사전 허가가 필요하지 않습니다. 이 서비스는 의사의 지시가 있으면 보장이 되고 Medicare 서비스 수가제(FFS)를 통해 제공됩니다. 담당 주치의와 상의하셔서 필요하신 사항이 충족될 수 있도록 해주십시오.

<Select this language for Medicare-approved Clinical Trials> 임상 시험은 사전 허가가 필요하지 않습니다. 귀하는 Medicare에서 승인한 임상 시험에 참여하실 수 있습니다. 담당 주치의, 임상 시험 제공자 또는 치료 센터와 상의하시어 임상 시험 치료 준비를 하시기 바랍니다.

<Select this language for Acupuncture/Chiropractic/Therapeutic Massage> 침술, 카이로프랙틱 또는 마사지 요법에 대한 이 요청을 검토를 위해 SCAN Health Plan 이용도 관리부에 보냈습니다. 카이로프랙틱 요법 및 마사지 요법 서비스가 모든 플랜에서 제공되는 것은 아닙니다. SCAN은 요청을 검토하고 향후 단계에 대해 안내드리겠습니다.

<Select this language for Dental> **치과 서비스**를 위해서는 Delta Dental에 연락해 주십시오. 첫 예약을 하시기 위해 진료 추천이 필요하지는 않습니다. 지역에 있는 치과의사를 찾으시려면 [www.deltadentalins.com/scan](http://www.deltadentalins.com/scan)을 방문하시거나 Delta Dental에 1-855-830-6583(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. DHMO 치과 플랜에 가입되어 있는 경우, 치과 ID 카드에 표시되어 있는 치과의사를 이용하셔야 합니다.

<Select this language for Hearing> **보청기 서비스**를 위해서는 TruHearing에 연락해 주십시오. 진료 추천이 필요하지는 않습니다. 자세한 정보를 알아보고 일정을 정하려면 1‑844‑255‑7148(TTY: 711)번으로 TruHearing에 연락해 주십시오.

<Select this language for ***non-emergency*** Transportation> 비응급 교통편을 예약하시려면 최대한 빨리 SCAN 교통편으로 연락해 주십시오. 1-844-714-2218(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

<Select this language for ***non-medical*** Vision related services> ***비의료, 교정*** 안과 서비스(예: 수술이 요구되지 않는 안경 맞춤)를 위해서는 EyeMed Vision Care에 연락해 주십시오***.*** 진료 추천이 필요하지는 않습니다. 지역의 EyeMed 서비스 제공자를 찾으시려면 [www.eyemedvisioncare.com/locator](http://www.eyemedvisioncare.com/locator)를 방문하시거나 EyeMed에 1-844-226-2850(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

<Select this language for **Home Delivered Meals**> SCAN 가입자 서비스부에
1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 연락하셔서 가정 배달 식사에 대한 지원을 받으십시오.

<Select this language for **Over-the-Counter items**> SCAN에서 비처방 품목을 이용하실 수 있습니다. 건강 관리용 비처방 품목(OTC)의 종류를 알아보시려면 www.scanhealthplan.com/otc를 방문해 주십시오. 도움이 필요하시거나 주문을 시작하려면 1-877-494-2892 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

이러한 서비스에 대해 궁금한 점은 SCAN 가입자 서비스부에 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

감사합니다.

[MEDICAL GROUP CONTACT NAME]

참조: [Optional CC Recipients]