[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**預先服務申請駁回通知**

[Date]

[Name of Member]

[Address]

|  |
| --- |
| 親愛的 [Name of Member]，  我們最近收到了關於 [Insert**:** brief description of requested outpatient care/pre-services] 的申請。  很抱歉，我們現在無法處理您的申請。  原因如下：  [For inadequate AOR:] 與申請一起提交的代表任命 (AOR) 表格目前無效。[Free text: Include **Why/What is missing** in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.]請提交更新的 AOR 表格。  [For invalid requestor:]在我們未收到適當的代表任命 (AOR) 表格的情況下，提出申請的個人或實體不得為您提出此類請求。請填寫並提交一份最新的 AOR 表格。  [For death – request from physician:] 我們被告知這位會員已經去世。如果這些資訊不準確，請聯絡 SCAN。  [For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] 我們已經收到了撤銷原請求的申請。 |
| **您後續可能需要做的事情**   1. 就此決定提出上訴。您的上訴必須在本駁回通知發出之日起 **60 個行事曆日**內收到。  在您的上訴中包括本***承保申請駁回通知***的副本以及任何支援性資料，並解釋您認為駁回不正確的原因。請聯絡我們的申訴和上訴部門，以提出您的上訴。 |
| SCAN  Attn: Grievance and Appeals Department  P.O. Box 22644  Long Beach, CA 90801-5644  電話：1-800-559-3500  TTY 使用者請致電：711  傳真：1-562-989-0958 |
| 1. 透過聯絡我們的會員服務團隊或傳送書面請求，包括任何支援您請求的額外資訊，要求我們取消（或撤銷）這一駁回行動或重新考慮您的請求。  必須在本通知發佈之日起 **6 個月**內收到您要求撤銷這一駁回決定的請求。請在您的申請中附上本*承保申請駁回通知*的副本以及任何支援資訊。 |
| [Insert Provider Name, Address, Phone Number] |

**是否有任何疑問？**

SCAN 會員服務部隨時隨地為您提供協助。

您可以致電 1-800-559-3500 (TTY: 711) 與他們聯絡。

* 10 月 1 日至 3 月 31 日辦公時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。
* 4 月 1 日至 9 月 30 日辦公時間：上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。
* 在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

[C: Requesting Provider Name]

[Requesting Provider Address]

[C: PCP]

[PCP Address]