[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**服務授權通知 -**

**[第二意見][第三意見]**

日期：[Date]

[Name of Member]

[Address]

重要計劃資訊

|  |  |
| --- | --- |
| 出生日期： | [Date of birth] |
| 會員 ID： | [Member ID] |
| 保健計劃： | SCAN Health Plan |
| 提出申請的執業醫生： | [Provider full name] |
| 所申請的醫療服務提供者： | [Requested provider full name] |
| 授權/預先認證號碼： | [Authorization number] |

尊敬的 [Name of member]：

我們想通知您，[第二意見][第三意見]的診室就診申請已 獲批准。

請注意，本[第二意見][第三意見]***僅適用於診室就診***：

* 這並非將您的護理轉移給提供[第二意見][第三意見]的醫生或機構的授權。
* 這也不是對血液檢查、X 光檢查、掃描或任何其他測試的授權。

在這次診室就診之後，您必須回到您的主治醫生那裡接受護理。您和您的醫生將一起審查就診結果並討論任何建議。如果您需要其他服務，您的主治醫生將管理您的護理，並透過您的醫療團體或您的健康計劃 SCAN 提出任何進一步的授權申請。

**以下服務已獲批准：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服務代碼：** | **服務代碼描述：** | **單位：** |
| 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 |

**授權有效期自：**[Begin date] **至** [End date]

此項服務是根據醫療必要性以及您的資格和計劃福利批准的。要使用此授權，在服務期間您必須是 SCAN 的會員。您的服務提供者/執業醫生將在您實際接受服務時確認您的 SCAN 會員資格。

您必須在 60 天內使用此授權，即從 [Begin date] 至[End date]。

**請注意，您需承擔任何分攤費用、共付額或任何適用的會員責任。**

如有任何疑問，請致電 SCAN 會員服務部，電話：1-800-559-3500（TTY 人士可致電 711）。您也可以向會員服務部索取用於作出此決定的資訊的免費副本。這可能包括各種指南和其他文件。會員服務部的服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

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。

[Provider department information]

抄送：[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.