**再評価フォローアップ通知**

**日付： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**患者名：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH患者ID番号：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ロサンゼルス郡精神衛生局 (Los Angeles County Department of Mental Health) は、患者またはその支払いに責任を負う者に、各自の支払い能力に基づいてサービスに対する請求を行うことをカリフォルニア州に求められています。

私たちが支払者の情報を正確に把握、収集することができるように、すべての患者に年次再評価書への記入をお願いしています。私たちの記録では、あなたの年次再評価書の提出期限が過ぎているようです。サービスを受けるプログラムの財務オペレーション担当者に問い合わせの上、財務状況の再評価の面談予約を入れてください。年次再評価書の記入を行わない場合、治療費の実費を支払う責任を負うことになる可能性があります。

メディ-カル (Medi-Cal)、メディケア (Medicare)、民間保険の医療保障がある場合は、面談時に保障の証明となるものをお持ちください。また、財務状況の審査面談で話し合う情報の根拠となるような、収入、資産、正当な費用などを証明する書類もお持ちください。

よろしくお願い致します。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

財務オペレーション担当者

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*財務オペレーション担当者の電話番号*