

Dr Ashwin Vasan, MD, PhD
Commissaire

Le 23 janvier 2024

Gotham Center
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

Cher (Chère) patient(e),

Nous vous informons par la présente que le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York (Département de la santé de New York) demande les détails de votre assurance maladie ou de payer des honoraires au titre de certains services de la clinique (personnes âgées de 19 ans et plus). Le Département de la santé de New York est tenu de demander l'assurance maladie ou le paiement des services afin de se conformer aux normes de Medicaid et aux autres obligations légales.

- Si vous n'avez pas d'assurance maladie ou que vous ne voulez pas que la facture soit envoyée à votre assurance pour cette visite, allez à la **Section A**.
- Si vous voulez utiliser votre assurance maladie pour payer cette visite, allez à la **Section B**.

Si vous n'avez pas d'assurance maladie ou que vous ne pouvez pas payer les honoraires, vous bénéficierez tout de même de soins.

Pour d'autres renseignements concernant la facturation, consultez nyc.gov/health et recherchez « **clinic billing FAQ** » (**FAQ sur la facturation de la clinique**) ou appelez le **311** et posez des questions sur « la facturation des soins cliniques du service de santé » (« health department clinic billing »). Si vous avez des questions, veuillez les poser au personnel de la clinique.

Cordialement,



Dr Ashwin Vasan, MD, PhD
Commissaire
Département de la santé et
de l'hygiène mentale de la ville
de New York

A. Si vous n'avez pas d'assurance maladie ou que vous ne voulez pas que la facture soit envoyée à votre assurance :

Veillez utiliser le barème dégressif.

1. Dans la colonne « Taille du foyer », trouvez le nombre de membres de votre famille qui vivent chez vous, y compris vous-même.
2. SUIVEZ LA LIGNE pour trouver le montant de vos revenus annuels. Il ne vous sera pas demandé de pièces justifiant le nombre de membres de votre famille ni le montant de vos revenus annuels.
3. SUIVEZ LA COLONNE pour connaître le montant des honoraires dont vous devez vous acquitter.
4. Remplissez un chèque ou un mandat (pas d'espèces) à l'ordre de **NYC Department of Health and Mental Hygiene**.
5. Indiquez le **nom et le(s) prénom(s) du (de la) patient(e), la date de la visite et le numéro d'identification (electronic record identification, EMR ID) du (de la) patient(e)** (que vous trouverez sur l'étiquette au recto du présent courrier) sur le chèque ou le mandat. Envoyez le paiement à l'adresse indiquée ci-après.

Consignes

<p>Etape 1 Trouvez le nombre de membres de votre famille (compter tous les adultes et les enfants qui vivent avec vous).</p>	<p>Etape 2 Trouvez le montant de vos revenus annuels dans les colonnes ci-dessous (de gauche à droite).</p>	<p>Etape 3 Suivez les colonnes jusqu'en bas du tableau pour connaître le montant que vous devrez payer pour vos visites à la clinique.</p>
---	--	---

Barème dégressif

Taille du foyer	Revenus annuels					
1	Moins de 14 580 \$	Entre 14 581 \$ et 18 225 \$	Entre 18 226 \$ et 21 870 \$	Entre 21 871 \$ et 29 160 \$	Entre 29 161 \$ et 36 450 \$	Plus de 36 451 \$
2	Moins de 19 720 \$	Entre 19 721 \$ et 24 650 \$	Entre 24 651 \$ et 29 580 \$	Entre 29 581 \$ et 39 440 \$	Entre 39 441 \$ et 49 300 \$	Plus de 39 301 \$
3	Moins de 24 860 \$	Entre 24 861 \$ et 31 075 \$	Entre 31 076 \$ et 37 290 \$	Entre 37 291 \$ et 49 720 \$	Entre 49 271 \$ et 62 150 \$	Plus de 62 151 \$
4	Moins de 30 000 \$	Entre 30 001 \$ et 37 500 \$	Entre 37 501 \$ et 45 000 \$	Entre 45 001 \$ et 60 000 \$	Entre 60 001 \$ et 75 000 \$	Plus de 75 001 \$
5	Moins de 35 140 \$	Entre 35 141 \$ et 43 925 \$	Entre 43 926 \$ et 52 710 \$	Entre 52 711 \$ et 70 280 \$	Entre 70 281 \$ et 87 850 \$	Plus de 87 851 \$
6	Moins de 40 200 \$	Entre 40 281 \$ et 50 350 \$	Entre 50 351 \$ et 60 420 \$	Entre 60 421 \$ et 80 560 \$	Entre 80 561 \$ et 105 420 \$	Plus de 105 421 \$
7	Moins de 45 420 \$	Entre 45 421 \$ et 56 775 \$	Entre 56 776 \$ et 68 130 \$	Entre 68 131 \$ et 90 840 \$	Entre 90 841 \$ et 113 550 \$	Plus de 113 551 \$
Honoraires	0 \$	2 \$	3 \$	20 \$	30 \$	40 \$

Exemples de barème des frais :

- Une personne seule (famille composée d'une personne) aux revenus annuels de 19 000 \$ payera des honoraires de 3 \$.
- Une personne vivant avec trois enfants, un conjoint et un parent (famille composée de six personnes), aux revenus annuels de 60 421 \$ payera des honoraires de 20 \$.

B. Vous utilisez votre assurance maladie pour payer cette visite :

Si vous n'avez pas votre carte d'assuré sur vous aujourd'hui, veuillez remplir le bas de cette page et l'envoyer à l'adresse postale ci-dessous.

Si vous avez donné les informations relatives à votre assurance lors de votre visite à la clinique ou que vous les envoyez par courrier, vous ou l'assuré(e) risquez de recevoir un relevé des prestations (Explanation of Benefits, EOB) de votre prestataire d'assurance. Ce relevé dressera la liste des services dont vous avez bénéficié et précisera si vous devez payer une partie des honoraires. Si vous devez vous acquitter d'un paiement partiel, veuillez envoyer un chèque ou un mandat (pas d'espèces) à l'ordre de **NYC Department of Health and Mental Hygiene** à l'adresse ci-dessous. Indiquez le **nom et le(s) prénom(s) du (de la) patient(e), la date de la visite et le numéro d'identification du (de la) patient(e)** (que vous trouverez au recto de ce document) sur le chèque ou le mandat.

Adresse postale :

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN48
Long Island City, NY 11101



Veillez facturer ma visite à l'assurance maladie indiquée ci-dessous :

Nom de l'assurance maladie (obligatoire) : _____

Adresse de l'assurance maladie : _____

Numéro de téléphone de l'assurance maladie : _____

ID de l'assurance (obligatoire) : _____ Numéro de groupe : _____

Si vous êtes couvert(e) par l'assurance de votre conjoint(e), d'un parent ou autre :

Nom de l'assuré(e) : _____ Date de naissance de l'assuré(e) : _____

Relation avec l'assuré(e) (s'il ne s'agit pas du [de la] patient[e] ou de l'assuré[e]) :

Conjoint(e) Parent Autre

Signature : _____

Date : _____