



DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E
L'IGIENE MENTALE DELLA CITTÀ DI
NEW YORK

Dottor Ashwin Vasan, MD, PhD
Funzionario capo

Dottor Ashwin Vasan, MD, PhD
Funzionario capo

23 gennaio 2024

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

Gentile paziente,

Le inviamo questa lettera per informarLa che il Dipartimento per la salute e l'igiene mentale della Città di New York (Dipartimento della salute) ha bisogno di ricevere informazioni sulla Sua assicurazione sanitaria o, in alternativa, il pagamento di una commissione per alcuni servizi medici offerti a persone adulte di età superiore ai 19 anni. Il Dipartimento della salute della Città di New York ha bisogno di ricevere informazioni sulla Sua assicurazione sanitaria o, in alternativa, un pagamento per i servizi offerti, in linea con gli standard Medicaid e con altre disposizioni di legge.

- Se non dispone di un'assicurazione sanitaria o se non vuole che il costo di questa visita venga addebitato alla Sua assicurazione, consulti la **Sezione A**.
- Se vuole ricorrere alla Sua assicurazione sanitaria per pagare il costo di questa visita, consulti la **Sezione B**.

**Se non dispone di un'assicurazione sanitaria
o non è in grado di pagare la commissione
richiesta, potrà comunque ricevere
i servizi necessari.**

Per maggiori informazioni sugli addebiti, La invitiamo a visitare il sito nyc.gov/health e a cercare “**clinic billing FAQ**” (**FAQ sugli addebiti per i servizi medici**), oppure a chiamare il numero **311** e a chiedere informazioni sugli addebiti per i servizi medici offerti dal Dipartimento della salute (“health department clinic billing”). Per qualsiasi domanda, può rivolgersi al personale medico.

Cordiali saluti,

Dottor Ashwin Vasan, MD, PhD
Funzionario capo
Dipartimento per la salute e l'igiene
mentale della Città di New York

A. Se non dispone di un'assicurazione sanitaria o se non vuole che il costo di questa visita venga addebitato alla Sua assicurazione,

La invitiamo a utilizzare la tabella dei costi variabili.

1. Nella colonna "Dimensioni del nucleo familiare" dovrà indicare il numero di membri del nucleo familiare che vivono in casa con Lei, incluso sé stesso.
2. DALL'ALTRO LATO dovrà individuare il Suo reddito annuo. Non Le chiederemo di fornire un'attestazione delle dimensioni del nucleo familiare o del reddito annuo.
3. IN BASSO, in fondo alla tabella, potrà vedere l'importo da pagare.
4. Intesti l'assegno o il vaglia al **NYC Department of Health and Mental Hygiene**. Non sono accettati pagamenti in contanti.
5. Sull'assegno o sul vaglia dovrà indicare anche **il nome completo del paziente, la data della visita e il numero identificativo della cartella elettronica del paziente (EMR ID)** (questa informazione è riportata sull'etichetta che si trova sulla facciata di questa lettera). L'indirizzo presso il quale inviare il pagamento è indicato di seguito.

Istruzioni

<p>1. Indichi le dimensioni del Suo nucleo familiare (inclusendo tutti gli adulti e i bambini che vivono in casa con Lei).</p>	<p>2. Individui nelle relative colonne (da sinistra a destra) il reddito che Le viene corrisposto nel corso di un anno.</p>	<p>3. All'interno delle colonne, in fondo alla tabella, potrà trovare l'importo che Le verrà chiesto di pagare per le visite mediche.</p>
---	--	--

Tabella dei costi variabili

Dimensioni del nucleo familiare	Reddito annuo					
	Meno di	Tra	Tra	Tra	Tra	Più di
1	14.580 \$	14.581 \$ e 18.225 \$	18.226 \$ e 21.870 \$	21.871 \$ e 29.160 \$	29.161 \$ e 36.450 \$	36.451 \$
2	19.720 \$	19.721 \$ e 24.650 \$	24.651 \$ e 29.580 \$	29.581 \$ e 39.440 \$	39.441 \$ e 49.300 \$	49.301 \$
3	24.860 \$	24.861 \$ e 31.075 \$	31.076 \$ e 37.290 \$	37.291 \$ e 49.720 \$	49.721 \$ e 62.150 \$	62.151 \$
4	30.000 \$	30.001 \$ e 37.500 \$	37.501 \$ e 45.000 \$	45.001 \$ e 60.000 \$	60.001 \$ e 75.000 \$	75.001 \$
5	35.140 \$	35.141 \$ e 43.925 \$	43.926 \$ e 52.710 \$	52.711 \$ e 70.280 \$	70.281 \$ e 87.850 \$	87.851 \$
6	40.200 \$	40.201 \$ e 50.350 \$	50.351 \$ e 60.420 \$	60.421 \$ e 80.560 \$	80.561 \$ e 105.420 \$	105.421 \$
7	45.420 \$	45.421 \$ e 56.775 \$	56.776 \$ e 68.130 \$	68.131 \$ e 90.840 \$	90.841 \$ e 113.550 \$	113.551 \$
Commissioni	0 \$	2 \$	3 \$	20 \$	30 \$	40 \$

Esempi di variazione delle commissioni:

- Un singolo individuo (nucleo familiare di 1 persona) con un reddito annuo di 19.000 \$ dovrà pagare una commissione di 3 \$.
- Una persona che vive con un coniuge, un genitore e tre figli (nucleo familiare di 6 persone) con un reddito annuo di 60.421 \$ dovrà pagare una commissione di 20 \$.

B. Se vuole ricorrere alla Sua assicurazione sanitaria per pagare il costo della visita:

Se non ha con sé la tessera dell'assicurazione, dovrà compilare la sezione in fondo a questa pagina e inviarla all'indirizzo postale indicato di seguito.

Se ha già fornito alla clinica le informazioni sull'assicurazione o ha inviato queste informazioni a mezzo posta, Lei o il titolare della polizza riceverete un prospetto delle indennità (Explanation of Benefits, EOB) dalla compagnia di assicurazione. In questo EOB saranno indicati i servizi da Lei ricevuti e l'eventuale ticket da pagare, se necessario. Per pagare il ticket, intesti l'assegno o il vaglia al **NYC Department of Health and Mental Hygiene**, inviandolo all'indirizzo indicato di seguito. Non sono accettati pagamenti in contanti. Sull'assegno o sul vaglia dovrà indicare anche **il nome completo del paziente, la data della visita e l'EMR ID del paziente** (questa informazione è riportata sull'etichetta che si trova sulla facciata di questa lettera).

Indirizzo postale:

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



Il costo della mia visita dovrà essere addebitato all'assicurazione sanitaria indicata di seguito:

Nome dell'assicurazione sanitaria (obbligatorio): _____

Indirizzo della compagnia di assicurazione: _____

Numero di telefono della compagnia di assicurazione: _____

ID dell'assicurazione (obbligatorio): _____ Codice del piano assicurativo: _____

Se la copertura assicurativa è a carico di un coniuge, di un genitore o di un'altra persona:

Nome del titolare della polizza: _____ Data di nascita del titolare della polizza: _____

Relazione con la persona assicurata (se non è il paziente o l'assicurato): Coniuge Genitore Altro

Firma: _____

Data: _____