



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Oxiris Barbot, MD

Commissioner

Estimado(a) paciente:

El motivo de esta carta es informarle que el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York pide información sobre el seguro médico o cobra una tarifa por los servicios clínicos de adultos (mayores de 19 años de edad). El Departamento de Salud debe pedir la información del seguro o el pago de los servicios para cumplir con los estándares de Medicaid y otros requisitos legales.

- Si no tiene seguro médico o no desea que se le facture esta visita a su seguro, consulte la **Sección A**.
- Si desea utilizar su seguro médico para pagar esta visita, consulte la **Sección B**.

Si no tiene seguro médico o no puede pagar la tarifa, aún puede recibir los servicios.

Para obtener más información sobre facturación, visite nyc.gov/health y busque "clinic billing FAQ" (preguntas frecuentes sobre facturación de las clínicas) o llame al 311 y pregunte por "facturación de servicios clínicos del Departamento de Salud". Si tiene alguna duda, pregunte al personal de la clínica.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Oxiris Barbot MD'.

Oxiris Barbot, MD
Comisionada

A. Si no tiene seguro médico o no desea que le facturen esta visita a su seguro, use la escala móvil.

1. En la columna "Número de miembros de la familia", encuentre el número de miembros de la familia que viven en su casa, incluido usted.
2. Busque HORIZONTALMENTE y encuentre su ingreso anual. No se le pedirá constancia del número de miembros de la familia ni del ingreso anual.
3. Busque en la parte de ABAJO de esa columna el monto que debe pagar.
4. Gire un cheque o giro bancario (no dinero en efectivo), pagadero a **NYC Department of Health and Mental Hygiene**.
5. Incluya el **nombre del paciente, fecha de la visita y el número de identificación del paciente** (se encuentra en la etiqueta en la primera página de esta carta) en el cheque o giro bancario. Debe enviar el pago a la dirección que se indica abajo.

Escala móvil

Tamaño de la familia	Ingreso anual					
	Menos de \$16 643	\$16 643 a \$18 093	\$18 094 a \$30 150	\$30 151 a \$36 180	\$36 181 a \$48 240	Más de \$48 240
1	Menos de \$22 411	\$22 411 a \$24 360	\$24 361 a \$40 600	\$40 601 a \$48 720	\$48 721 a \$64 960	Más de \$64 960
2	Menos de \$28 180	\$28 180 a \$30 630	\$30 631 a \$51 050	\$51 051 a \$61 260	\$61 261 a \$81 680	Más de \$81 680
3	Menos de \$33 948	\$33 948 a \$36 900	\$36 901 a \$61 500	\$61 501 a \$73 800	\$73 801 a \$98 400	Más de \$98 400
4	Menos de \$39 716	\$39 716 a \$43 170	\$43 171 a \$71 950	\$71 951 a \$86 340	\$86 341 a \$115 120	Más de \$115 120
5	Menos de \$45 485	\$45 485 a \$49 440	\$49 441 a \$82 400	\$82 401 a \$98 880	\$98 881 a \$131 840	Más de \$131 840
6	Menos de \$51 253	\$51 253 a \$55 710	\$55 711 a \$92 850	\$92 851 a \$111 420	\$111 421 a \$148 560	Más de \$148 560
Tarifas	\$0	\$15	\$20	\$30	\$40	\$50

Ejemplos de la escala de tarifas:

- Una persona sola (número de miembros de la familia de 1) con un ingreso anual de \$28 000: debe pagar \$20.
- Una persona que vive con 3 hijos, el cónyuge y uno de los padres (número de miembros de la familia de 6), con un ingreso anual de \$85 000: debe pagar \$30.

B. Si usa su seguro médico para pagar la visita:

Si hoy no trajo su tarjeta del seguro, diligencie la parte inferior de esta página y envíela a la dirección que se indica abajo.

Si proporcionó la información de su seguro en la clínica o la enviará por correo, usted o el titular de la póliza puede recibir una Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) de su compañía aseguradora. La EOB enumera los servicios que recibió e indica si es necesario un copago. Si debe un copago, envíe un cheque o un giro bancario (no dinero en efectivo) pagadero a **NYC Department of Health and Mental Hygiene** a la dirección que se indica a continuación. El cheque o giro bancario debe incluir el **nombre del paciente, fecha de la visita y el número de identificación del paciente** (se encuentra en la primera página de esta carta).

Dirección postal:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th Street, CN 32W
Long Island City, NY 11101

Sírvanse facturar mi visita al seguro médico que se indica a continuación:

Nombre del seguro médico: _____

Dirección del seguro médico: _____

Número de teléfono del seguro médico: _____

ID del seguro: _____ N.º de grupo: _____

Si recibe la cobertura de seguro a través de su cónyuge, uno de sus padres u otra persona:

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Relación con el asegurado: () Cónyuge () Padre/madre () Otros

Firma: _____

Fecha: _____