



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Ashwin Vasan, MD, PhD
Commissioner

Ashwin Vasan, MD, PhD
Commissioner

2024 年 2 月 21 日

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

尊敬的患者：

本函旨在通知您，纽约市健康与心理卫生局（简称：纽约市卫生局）对于向成年人（19 岁及以上）提供的某些诊所服务，需要患者提供医疗保险信息或付费。纽约市卫生局必须为所提供的服务要求收取保险或相关费用，以满足 Medicaid 标准及其他法律要求。

- 如果您没有医疗保险，或者不希望您的保险承担诊费，请见**章节 A**。
- 如果您愿意使用您的保险支付此次诊费，请见**章节 B**。

如果您没有保险或是无法支付费用，您仍然可以获得服务。

如需更多收费信息，请访问 nyc.gov/health 并搜索“**clinic billing FAQ**”（诊所收费常见问题解答），或致电 **311** 查询“**health department clinic billing**”（卫生局诊所收费）。如果您有任何疑问，请询问诊所工作人员。

此致

敬礼

Ashwin Vasan, MD, PhD
局长
纽约市健康与心理卫生局

A. 如果您没有医疗保险，或者不希望您的保险承担诊费：

请使用浮动费率表。

1. 在“家庭人口”一列中，找到在您家居住的家庭成员人数（包括您本人）。
2. 由此向右查看，找到您的年收入额。不要求您证明家庭人口或年收入。
3. 由此向下查看该列的底端，找到您应负担的费用。
4. 准备好付给 **NYC Department of Health and Mental Hygiene** 的支票或汇票（非现金）。
5. 支票或汇票上应注明患者的全名、就诊日期及患者的电子病历识别码 (EMR ID)（可在此信正面的标签上找到）。付款地址见信尾。

说明

第一步 找到您的家庭人口（包括所有与您住在一起的成年人和儿童）。	第二步 沿着横列（从左向右）找到您的全年收入金额范围。	第三步 沿着表格上的竖列向下看，找到您要支付多少诊费。
--	---------------------------------------	---------------------------------------

浮动费率表

家庭人口	全年收入					
	低于 \$14,580	\$14,581 至 \$18,225	\$18,226 至 \$21,870	\$21,871 至 \$29,160	\$29,161 至 \$36,450	高于 \$36,451
1	低于 \$19,720	\$19,721 至 \$24,650	\$24,651 至 \$29,580	\$29,581 至 \$39,440	\$39,441 至 \$49,300	高于 \$39,301
2	低于 \$24,860	\$24,861 至 \$31,075	\$31,076 至 \$37,290	\$37,291 至 \$49,720	\$49,721 至 \$62,150	高于 \$62,151
3	低于 \$30,000	\$30,001 至 \$37,500	\$37,501 至 \$45,000	\$45,001 至 \$60,000	\$60,001 至 \$75,000	高于 \$75,001
4	低于 \$35,140	\$35,141 至 \$43,925	\$43,926 至 \$52,710	\$52,711 至 \$70,280	\$70,281 至 \$87,850	高于 \$87,851
5	低于 \$40,200	\$40,281 至 \$50,350	\$50,351 至 \$60,420	\$60,421 至 \$80,560	\$80,561 至 \$105,420	高于 \$105,421
6	低于 \$45,420	\$45,421 至 \$56,775	\$56,776 至 \$68,130	\$68,131 至 \$90,840	\$90,841 至 \$113,550	高于 \$113,551
收费	\$0	\$2	\$3	\$20	\$30	\$40

费率范例：

- 年收入为 19,000 美元的单身个人（家庭人口一人），需付费 3 美元。
- 与三个孩子、一名配偶和一位父母（家庭人口六人）住在一起、年收入为 60,421 美元的个人，需付费 20 美元。

B. 使用您的医疗保险支付诊费：

如果您今天没有携带保险卡，请填写本页底部表格并提交至下方邮寄地址。

如果您已在诊所提供了您的保险信息，或将以邮寄方式提供该信息，您或投保人可能会收到一份来自保险提供者的“福利说明”(Explanation of Benefits, EOB)。“福利说明”会列出您获得了哪些服务，并注明是否需要支付共付额。如果您应支付共付额，请将收款方为 **NYC Department of Health and Mental Hygiene** 的支票或汇票（非现金）邮寄至下列地址。支票或汇票上需标明患者全名、就诊日期及患者的电子病历识别码 (EMR ID)（可在此信正面的标签上找到）。

邮寄地址：

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN 48
Long Island City, NY 11101



请向下列医疗保险收取我的诊费：

医疗保险名称（必填）： _____

医疗保险地址： _____

医疗保险电话号码： _____

保险 ID（必填）： _____ 组编号： _____

如果是通过配偶、父母或他人获得的保险承保：

投保人姓名： _____ 投保人出生日期： _____

与被保险人的关系（如非患者或本人）： 配偶 父母 他人

签名： _____ 日期： _____