



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Mary T. Bassett, MD, MPH

Commissioner

Chère patiente, cher patient,

Nous vous informons par la présente que le service de santé de la ville de New York demande des informations relatives à votre assurance maladie ou de payer des honoraires au titre des services de la clinique fournis à des adultes (personnes âgées de 19 ans et plus). Le service de santé 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 facturation clinique ») ou appelez le 311 et posez des questions sur « la facturation des soins cliniques du service de santé ». Si vous avez des questions, veuillez les poser au personnel de la clinique.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink that reads 'Mary T. Bassett'.

Mary T. Bassett, MD, MPH
Responsable de service

A. Si vous n'avez pas d'assurance maladie ou que vous ne voulez pas que la facture soit envoyée à votre assurance, veuillez utiliser le barème.

1. Dans la colonne « Nombre de membres de la famille », 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 du (de la) patient(e), la date de la visite et le numéro d'identification du (de la) patient(e)** (que vous trouverez sur l'étiquette au recto de ce document) sur le chèque ou le mandat. Envoyez le paiement à l'adresse indiquée ci-après.

Barème

Nombre de membres de la famille	Revenus annuels					
	Moins de	Entre	Entre	Entre	Entre	Plus de
1	17,235 \$	17,236 \$ et 22,980 \$	22,981 \$ et 28,725 \$	28,726 \$ et 34,470 \$	34,471 \$ et 40,215 \$	40,216 \$
2	23,265 \$	23,266 \$ et 31,020 \$	31,021 \$ et 38,775 \$	38,776 \$ et 46,530 \$	46,531 \$ et 54,285 \$	54,286 \$
3	29,295 \$	29,296 \$ et 39,060 \$	39,061 \$ et 48,825 \$	48,826 \$ et 58,590 \$	58,591 \$ et 68,355 \$	68,356 \$
4	35,325 \$	35,326 \$ et 47,100 \$	47,101 \$ et 58,875 \$	58,876 \$ et 70,650 \$	70,651 \$ et 82,425 \$	82,426 \$
5	41,355 \$	41,356 \$ et 55,140 \$	55,141 \$ et 68,925 \$	68,926 \$ et 82,710 \$	82,711 \$ et 96,495 \$	96,496 \$
6	47,385 \$	47,386 \$ et 63,180 \$	63,181 \$ et 78,975 \$	78,976 \$ et 94,770 \$	94,771 \$ et 110,565 \$	110,566 \$
7	53,415 \$	53,416 \$ et 71,220 \$	71,221 \$ et 89,025 \$	89,026 \$ et 106,830 \$	106,831 \$ et 124,635 \$	124,636 \$
Honoraires	0 \$	15 \$	20 \$	30 \$	40 \$	50 \$

Exemples de barème des honoraires :

- Une personne seule (famille composée d'une personne) aux revenus annuels de 28,000 \$: 20 \$ à régler.
- Une personne vivant avec trois enfants, un conjoint et un parent (famille composée de six personnes), aux revenus annuels de 85,000 \$: 30 \$ à régler.

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 les informations sur votre assurance lors de votre visite à la clinique ou que vous les envoyez par courrier, vous ou l'assuré risquez de recevoir un descriptif des avantages de votre prestataire d'assurance. Ce descriptif 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 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 :

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

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

Nom de l'assurance maladie : _____

Adresse de l'assurance maladie : _____

Numéro de téléphone de l'assurance maladie : _____

Identification de l'assurance : _____ 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) : _____

Lien de parenté avec l'assuré(e) : () Conjoint () Parent () Autre

Signature : _____ **Date :** _____