



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Oxiris Barbot, MD
Commissioner

Уважаемый пациент!

Настоящим письмом уведомляем Вас, что Департамент здравоохранения города Нью-Йорк может запросить информацию о медицинском страховании или плату за клиническое обслуживание совершеннолетних пациентов (в возрасте 19 лет и старше). Департамент здравоохранения обязан попросить данные о страховании или плату за услуги в соответствии со стандартами Medicaid и прочими законодательными требованиями.

- Если у Вас нет медицинской страховки или Вы не хотите, чтобы Вашей программе медицинского страхования был выставлен счет за данное посещение клиники, см. **раздел А**.
- Если Вы хотите использовать Вашу медицинскую страховку для оплаты посещения клиники, см. **раздел В**.

Если у Вас нет страховки или если Вы не можете внести плату, Вы все равно можете получить медицинское обслуживание.

Для получения более подробной информации о выставлении счетов посетите сайт nyc.gov/health и введите в поисковой строке запрос «clinic billing FAQ» (часто задаваемые вопросы о выставлении счетов в клинике) или позвоните по номеру 311 и спросите о «выставлении счетов в клинике Департаментом здравоохранения» (англ. «health department clinic billing»). Если у Вас возникли какие-либо вопросы, обратитесь, пожалуйста, к персоналу клиники.

С уважением,

Oxiris Barbot, MD
Руководитель

А. Если у Вас нет медицинской страховки или Вы не хотите, чтобы Вашей программе медицинского страхования был выставлен счет за данное посещение клиники, воспользуйтесь скользящей шкалой.

1. В столбце «Размер семьи» найдите количество членов семьи, которые проживают в Вашем доме, включая Вас.
2. Посмотрите в таблице ПО ГОРИЗОНТАЛИ и найдите сумму Вашего годового дохода. Вам не потребуется предоставлять документы, подтверждающие размер семьи или годовой доход.
3. Сумма, подлежащая оплате, находится ВНИЗУ соответствующего столбца.
4. Заполните чек или платежное поручение (наличные денежные средства не принимаются) в адрес **Департамента здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорк** (англ. **NYC Department of Health and Mental Hygiene**).
5. На чеке или платежном поручении укажите **имя пациента, дату посещения, идентификационный номер пациента** (см. на лицевой стороне настоящего письма). Адрес для направления платежа указан ниже.

Скользящая шкала

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

Примеры использования шкалы оплаты:

- Лицо, не состоящее в браке (количество членов семьи — 1), с годовым доходом 28 000 долларов: сумма платежа составляет 20 долларов.
- Лицо, проживающее с 3 детьми, супругом(ой) и родителем (количество членов семьи — 6), с годовым доходом 85 000 долларов: сумма платежа составляет 30 долларов.

В. Оплата посещения за счет медицинского страхования

Если сегодня у Вас нет при себе карты медицинского страхования, заполните форму внизу страницы и отправьте ее по указанному ниже адресу.

Если Вы предоставили информацию о Вашем страховании в клинике или направяете ее по почте, Вы или страхователь можете получить «Объяснение платежей» (англ. EOB) от поставщика услуг страхования. В Объяснении платежей будут перечислены полученные Вами услуги, и указана информация о необходимости доплаты. Если Вы должны внести доплату, отправьте чек или платежное поручение (наличные денежные средства не принимаются) в адрес **Департамента здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорк** (англ. **NYC Department of Health and Mental Hygiene**) по указанному ниже адресу. На чеке или платежном поручении укажите **имя пациента, дату посещения, идентификационный номер пациента** (см. на лицевой стороне настоящего письма).

Почтовый адрес:

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

Прошу выставить счет за мое посещение указанной ниже медицинской страховке:

Название программы медицинского страхования: _____

Адрес программы медицинского страхования: _____

Телефон программы медицинского страхования: _____

Номер страхового полиса: _____ Номер группы: _____

Если страхование оформлено через супруга(у), родителя или иным образом:

Имя страхователя: _____ Дата рождения страхователя: _____

Степень родства с застрахованным лицом: () Супруг(а) () Родитель () Другое

Подпись: _____

Дата: _____