



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 peut vous demander des informations relatives à votre assurance maladie ou de payer des honoraires au titre des services de vaccination 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 avez une assurance maladie, allez à la **Section A**.
- Si vous n'avez pas d'assurance maladie, 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. Le centre de santé dispense ses soins à tout le monde.

Pour d'autres renseignements concernant la facturation, consultez nyc.gov/health et recherchez « clinic billing FAQ » (« FAQ facturation ») 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 avez une assurance maladie mais que vous n'avez pas votre carte d'assuré sur vous : veuillez remplir ce formulaire chez vous et l'envoyer à l'adresse postale ci-dessous.

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

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 :** _____

B. Si vous n'avez pas d'assurance maladie : 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 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	16 643 \$	16 643 \$ et 18 093 \$	18 094 \$ et 30 150 \$	30 151 \$ et 36 180 \$	36 181 \$ et 48 240 \$	48 240 \$
2	22 411 \$	22 411 \$ et 24 360 \$	24 361 \$ et 40 600 \$	40 601 \$ et 48 720 \$	48 721 \$ et 64 960 \$	64 960 \$
3	28 180 \$	28 180 \$ et 30 630 \$	30 631 \$ et 51 050 \$	51 051 \$ et 61 260 \$	61 261 \$ et 81 680 \$	81 680 \$
4	33 948 \$	33 948 \$ et 36 900 \$	36 901 \$ et 61 500 \$	61 501 \$ et 73 800 \$	73 801 \$ et 98 400 \$	98 400 \$
5	39 716 \$	39 716 \$ et 43 170 \$	43 171 \$ et 71 950 \$	71 951 \$ et 86 340 \$	86 341 \$ et 115 120 \$	115 120 \$
6	45 485 \$	45 485 \$ et 49 440 \$	49 441 \$ et 82 400 \$	82 401 \$ et 98 880 \$	98 881 \$ et 131 840 \$	131 840 \$
7	51 253 \$	51 253 \$ et 55 710 \$	55 711 \$ et 92 850 \$	92 851 \$ et 111 420 \$	111 421 \$ et 148 560 \$	148 560 \$
Honoraires	0 \$	3.57 \$	7.14 \$	10.71 \$	14.28 \$	17.85 \$

Exemples de barème des honoraires :

- Une personne seule (famille composée d'une personne) aux revenus annuels de 28 000 \$: 7.14 \$ à régler.
- Une personne vivant avec trois enfants, un conjoint et un parent (famille composée de six personnes), aux revenus annuels de 85 000 \$: 10.71 \$ à régler.

D'après le barème, je vous prie de trouver ci-joint mon règlement de _____ \$.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli (A) ou le règlement (B) par courrier postal à :

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