

February 26, 2024

Ashwin Vasani, MD, PhD
المفوض

أرسل إليك هذا الخطاب لإخطارك بأن إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك (إدارة الصحة في NYC) تطلب معلومات التأمين الصحي أو رسومًا مقابل بعض خدمات العيادة المقدمة للبالغين (من عمر 19 عامًا وأكبر). يجب أن تطلب إدارة الصحة في NYC معلومات التأمين أو السداد مقابل الخدمات لاستيفاء معايير برنامج Medicaid وتلبية المتطلبات القانونية الأخرى.

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

- إذا لم يكن لديك تأمين صحي أو لم تكن تريد أن يتم إصدار فواتير رسوم هذه الزيارة إلى جهة تأمينك، فانظر **القسم A**.
- إذا كنت ترغب في أن تدفع جهة تأمينك الصحي مقابل هذه الزيارة، فانظر **القسم B**.

إذا لم يكن لديك تأمين أو ليس بمقدورك دفع الرسوم، يمكنك الاستمرار في تلقي الخدمات.

للمزيد من المعلومات عن إصدار الفواتير، تفضل بزيارة nyc.gov/health وابحث عن **"clinic billing FAQ"** (الأسئلة الشائعة عن إصدار الفواتير بالعيادة) أو اتصل بالرقم 311 واسأل عن "إصدار الفواتير بالعيادات التابعة لإدارة الصحة". وإذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى طرحها على موظفي العيادة.

وتفضل بقبول فائق الاحترام،



أشوين فاسان، طبيب بشري، حاصل على الدكتوراه
المفوض
إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك

A. إذا لم يكن لديك تأمين صحي أو لم تكن تريد أن يتم إصدار فواتير الرسوم إلى جهة تأمينك:

يرجى استخدام المقياس المتدرج.

1. في العمود الذي يحمل عنوان "حجم الأسرة"، حدد عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، متضمنًا نفسك.
2. اقرأ الجدول أفقيًا وحدد دخلك السنوي. ولن يُطلب منك تقديم إثبات لحجم الأسرة أو الدخل السنوي.
3. انظر للأسفل وصولًا لآخر خانة في ذلك العمود لترى المبلغ الذي تدين به.
4. أكمل بيانات الشيك أو الحوالة المالية (لا تُقبل الأموال النقدية)، مستحقة الدفع لصالح **NYC Department of Health and Mental Hygiene**.
5. أدرج اسم المريض بالكامل وتاريخ الزيارة ورقم تعريف السجل الطبي الإلكتروني (EMR ID) للمريض (المذكور على الملصق بالجهة الأمامية من هذا الخطاب) على الشيك أو الحوالة المالية. العنوان الذي سترسل إليه المدفوعات مذكور أدناه.

التعليمات

الخطوة الأولى	الخطوة الثانية	الخطوة الثالثة
حدد حجم أسرته (بما في ذلك جميع البالغين والأطفال الذين يعيشون معك).	حدد المبلغ الذي تتقاضاه خلال عام واحد في الأعمدة المدرجة (من اليمين إلى اليسار).	اتبع الأعمدة حتى تصل للجزء السفلي من المخطط لمعرفة المبلغ الذي سيُطلب منك دفعه مقابل زيارتك للعيادة.

المقياس المتدرج

الدخل السنوي						حجم الأسرة
أقل من 14580 دولارًا	من 14581 إلى 18225 دولارًا	من 18226 إلى 21870 دولارًا	من 21871 إلى 29160 دولارًا	من 29161 إلى 36450 دولارًا	أكثر من 36451 دولارًا	فرد واحد
أقل من 19720 دولارًا	من 19721 إلى 24650 دولارًا	من 24651 إلى 29580 دولارًا	من 29581 إلى 39440 دولارًا	من 39441 إلى 49300 دولارًا	أكثر من 49301 دولارًا	2 أفراد
أقل من 24860 دولارًا	من 24861 إلى 31075 دولارًا	من 31076 إلى 37290 دولارًا	من 37291 إلى 49720 دولارًا	من 49721 إلى 62150 دولارًا	أكثر من 62151 دولارًا	3 أفراد
أقل من 30000 دولارًا	من 30001 إلى 37500 دولارًا	من 37501 إلى 45000 دولارًا	من 45001 إلى 60000 دولارًا	من 60001 إلى 75000 دولارًا	أكثر من 75001 دولارًا	4 أفراد
أقل من 35140 دولارًا	من 35141 إلى 43925 دولارًا	من 43926 إلى 52710 دولارًا	من 52711 إلى 70280 دولارًا	من 70281 إلى 87850 دولارًا	أكثر من 87851 دولارًا	5 أفراد
أقل من 40200 دولارًا	من 40281 إلى 50350 دولارًا	من 50351 إلى 60420 دولارًا	من 60421 إلى 80560 دولارًا	من 80561 إلى 105420 دولارًا	أكثر من 105421 دولارًا	6 أفراد
أقل من 45420 دولارًا	من 45421 إلى 56775 دولارًا	من 56776 إلى 68130 دولارًا	من 68131 إلى 90840 دولارًا	من 90841 إلى 113550 دولارًا	أكثر من 113551 دولارًا	7 أفراد
0 دولارًا	2 دولارًا	3 دولارات	20 دولارًا	30 دولارًا	40 دولارًا	الرسوم

أمثلة على مقياس الرسوم المتدرج:

- سيدفع شخص واحد (أسرة يبلغ حجمها فردًا واحدًا) يبلغ دخله السنوي 19000 دولار رسومًا قدرها 3 دولارات.
- سيدفع شخص يعيش مع ثلاثة أطفال وزوجة/زوج وأحد والديه (أسرة يبلغ حجمها 6 أفراد) يبلغ دخله سنوي 60421 دولارًا رسومًا قدرها 20 دولارًا.

B. دفع رسوم الزيارة باستخدام جهة تأمينك الصحي:

إن لم تحضر بطاقتك التأمينية اليوم، يرجى ملء البيانات الواردة في الجزء السفلي من هذه الصفحة وإرسالها إلى العنوان البريدي أدناه.

إذا قدمت معلومات تأمينك الصحي بالعبادة أو كنت سترسلها عن طريق البريد، فقد تتلقى أنت أو حامل البوليصا وثيقة شرح المخصصات (EOB) من مقدم خدمة تأمينك. ستذكر وثيقة EOB الخدمات التي تلقيتها وتوضح إن كانت المدفوعات المشتركة مطلوبة. وإذا كنت مدينًا بمدفوعات مشتركة، يرجى إرسال شيك أو حوالة مالية (لا تُقبل الأموال النقدية) مستحقة الدفع لصالح **NYC Department of Health and Mental Hygiene** إلى العنوان المذكور أدناه. ينبغي أن يتضمن الشيك أو الحوالة المالية اسم المريض بالكامل وتاريخ الزيارة ورقم تعريف **EMR** للمريض (المذكور على الملصق بالجهة الأمامية من هذا الخطاب).

العنوان البريدي:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN48
Long Island City, NY 11101

يرجى إرسال فاتورة رسوم زيارتي إلى جهة التأمين الصحي المذكورة أدناه:

اسم التأمين الصحي (مطلوب): _____

عنوان جهة التأمين الصحي: _____

رقم هاتف جهة التأمين الصحي: _____

رقم تعريف التأمين (مطلوب): _____ رقم المجموعة: _____

إذا كانت التغطية التأمينية تتوفر عن طريق الزوجة/الزوج أو الوالد/الوالدة أو شخص آخر:

اسم حامل البوليصا: _____ تاريخ ميلاد حامل البوليصا: _____

الصلة بالشخص المؤمن عليه (إذا لم يكن هو نفسه المريض أو الشخص المؤمن عليه): الزوجة/الزوج الوالد/الوالدة شخص آخر

التوقيع: _____ التاريخ: _____