1. **Objetivo**

Esta política proporciona orientación sobre los lineamientos de asistencia financiera para la prestación de servicios gratuitos o con descuento, que son médicamente necesarios y elegibles, a los pacientes que cumplan ciertos criterios de elegibilidad y demuestren su incapacidad para pagar de conformidad con el 26 U.S. Code § 501r y otras normas aplicables.

1. **Alcance**

Esta política se aplica a todos los pacientes que residan en Alabama, Luisiana o Misisipi, reciban servicios profesionales o servicios técnicos en Ochsner Acadia General, como se indica en el Anexo D, que son médicamente necesarios, y que cumplan ciertos criterios de elegibilidad.

1. **Definición:**
2. Condición médica de emergencia: tal y como se define en el artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social.
3. Servicios optativos: servicios, que podrían incluir servicios médicamente necesarios, que no se consideran servicios urgentes.
4. Pagos previstos: todas las solicitudes de reembolso autorizadas por las aseguradoras.
5. Ingresos familiares: según la definición de la Oficina del Censo, se incluyen los ingresos, la indemnización de desempleo, la indemnización por accidentes de trabajo, el Seguro Social, la Seguridad de Ingreso Suplementario, la asistencia pública, los pagos a los veteranos, los beneficios a sobrevivientes, los ingresos por pensiones o jubilaciones, los intereses, los dividendos, los alquileres, los derechos de autor, los ingresos procedentes de herencias, los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de menores, la asistencia por parte de una persona externa al hogar y otras fuentes diversas antes la aplicación de impuestos. La Oficina del Censo excluye del cálculo de los ingresos familiares los siguientes ingresos:
   1. Beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda);
   2. Ganancias o pérdidas de capital; y
   3. Créditos fiscales.
6. Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): es la cantidad mínima de ingresos brutos que una familia necesita para cubrir los alimentos, la vestimenta, el transporte, la vivienda y otras necesidades, y esta varía según el tamaño de la familia, de conformidad con lo establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
7. Asistencia financiera: se refiere a los servicios de atención médica prestados por Ochsner sin cargo o con un descuento para los pacientes que reúnen los requisitos.
8. Cargos brutos: cargos totales según las tarifas completas establecidas por el centro para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones fiscales.
9. Médicamente necesario: servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El médico examinador determinará la necesidad médica.
10. Parte del paciente: importe de los gastos médicos que el paciente debe pagar después de que se haya aplicado el seguro a la factura de los servicios prestados.
11. Servicios profesionales: servicios prestados por un médico o profesional clínico.
12. Descuento por pago propio: descuento aplicado a los importes adeudados por los pacientes por servicios no asegurados.
13. Servicios técnicos: equipos, suministros o servicios médicos o técnicos.
14. Paciente con seguro insuficiente: paciente que tiene algún tipo de asistencia de terceros pero aún tiene gastos que paga de su propio bolsillo que superan lo que puede pagar.
15. Paciente sin seguro: paciente que no tiene ninguna forma de asistencia de terceros para la responsabilidad financiera de los servicios médicos.
16. Servicios urgentes - Servicios que si no se realizan a tiempo pondrían en peligro la vida, empeorarían de manera significativa el estado del paciente o provocarían la pérdida de un miembro o la pérdida irreversible de una función.
17. **Declaraciones de la política**
18. Ochsner se compromete a proporcionar asistencia financiera por la atención médicamente necesaria a las personas sin seguro, o con un seguro insuficiente, que no sean elegibles para inscribirse en un programa del gobierno o que no puedan pagar por otros motivos, y que se determine que son elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política. Ochsner atenderá, sin discriminación, las condiciones médicas de emergencia de las personas, independientemente de su elegibilidad para la asistencia financiera o para la asistencia del gobierno.
19. **Implementación de la política**
20. Requisitos para recibir Asistencia Financiera
21. La entrega de asistencia financiera se hará según una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, el estatus social o migratorio, la orientación sexual o la afiliación religiosa.
22. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Ochsner Acadia General para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan para los costos de su atención según su capacidad individual de pago.
    1. El incumplimiento del proceso de evaluación para recibir asistencia financiera de Ochsner Acadia General, incluyendo pero no limitado a, las determinaciones de cobertura de Medicaid, excluirá a los pacientes de la elegibilidad para la asistencia financiera.
23. La asistencia financiera se aplica únicamente a la responsabilidad del paciente, que incluye, entre otros, los deducibles, copagos y coaseguros, y se ofrece a los residentes de Luisiana y Misisipi. La elegibilidad para la asistencia financiera se determina según los ingresos familiares, los bienes y el tamaño de la familia del paciente.
24. Ochsner proporcionará un descuento de asistencia financiera del 100% por los servicios elegibles a los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de los Lineamientos del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
25. Los pacientes con ingresos familiares que superen el 200% del FPL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento según las circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a criterio de Ochsner. En el caso de las excepciones, se podrá necesitar documentación para calificar para recibir asistencia financiera. Las excepciones incluyen, entre otras:
26. los medicamentos costosos y las facturas de hospitales/médicos,
27. las enfermedades terminales o
28. diversas hospitalizaciones.
29. El incumplimiento de la cobertura de Medicaid y del proceso de evaluación de asistencia financiera de Ochsner excluirá a los pacientes de la elegibilidad para la asistencia financiera.
30. Se modificarán los descuentos dados previamente si existiera información posterior que indique que la información que se dio a Ochsner Acadia General era incorrecta.
31. No se postergará la atención médicamente necesaria de los pacientes que se determinen elegibles para recibir la asistencia financiera.
32. Servicios disponibles según esta póliza
33. La asistencia financiera está disponible para todos los servicios profesionales y técnicos, excepto para los siguientes:
34. servicios preparados de precio fijo,
35. servicios de trasplantes,
36. Servicios optativos y
37. los honorarios de los servicios profesionales prestados por los proveedores que se enumeran en el Anexo A.
38. Ochsner Acadia General se reserva la facultad de ofrecer asistencia financiera por los servicios excluidos según cada caso.
39. Métodos de solicitud de asistencia financiera
40. La asistencia financiera puede solicitarse contactando al departamento de Servicio de Atención al Paciente por teléfono, correo electrónico, fax o correspondencia escrita o en persona en el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes que se encuentra en los centros de Ochsner Acadia General.
41. La necesidad financiera se determinará mediante una evaluación individual de la necesidad financiera y esta podrá:
42. Incluir un proceso de solicitud ("Anexo B"), en el que el paciente o el garante del paciente, deberá cooperar y proporcionar información personal, financiera y de otro tipo pertinente para determinar la necesidad financiera.
43. La solicitud de asistencia financiera debe proporcionar información adicional para permitir una revisión más profunda de las aprobaciones dudosas, los casos de dificultad y los saldos grandes.
44. Incluir el uso de fuentes de datos públicas externas que proporcionen información sobre la capacidad de pago del paciente o de su garante (por ejemplo, el puntaje de crédito).
45. Incluir el uso de una herramienta de terceros cuando el paciente no haya proporcionado suficiente información, que pueda utilizarse como única fuente de documentación para tomar una determinación acerca de la asistencia financiera.
46. Incluir medidas razonables tomadas por Ochsner Acadia General para investigar fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas.
47. Incluir una revisión de las cuentas de cobro pendiente del paciente por servicios prestados con anterioridad y el historial de pago del paciente.
48. Las aprobaciones de asistencia financiera tendrán vigencia durante 90 días y los saldos futuros dentro de los 90 días se ajustarán automáticamente.  El paciente tiene 240 días desde la fecha de la primera factura después del alta de un episodio de atención para solicitar la asistencia financiera para ese episodio de atención.
49. Importes cobrados a los pacientes
50. A los pacientes que reciben asistencia financiera no se les puede cobrar más que los importes generalmente facturados a los pacientes con seguro por los mismos servicios. Los descuentos por asistencia financiera se calculan por separado para cada centro y representan el rendimiento medio del pagador mediante la revisión de los pagos comerciales y de Medicare reales y previstos (incluida la parte del paciente) durante el periodo de doce meses anterior, como se muestra de forma más detallada en el Anexo C.
51. Elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera
52. Además del proceso formal de solicitud de asistencia financiera, también se puede suponer que los pacientes sin seguro pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera por los cargos de los servicios técnicos y profesionales según las pruebas proporcionadas mediante el uso de una herramienta de evaluación de terceros, que puede utilizarse como única fuente de documentación para tomar una determinación con respecto a la asistencia financiera.
53. Los servicios técnicos y profesionales se evaluarán por separado según el proceso presuntivo.
54. Se puede suponer que los cargos médicamente necesarios que no estén cubiertos por Medicaid ni por los programas de atención a indigentes son elegibles para asistencia financiera.
55. Los saldos de cuentas técnicas y profesionales con pagos realizados con anterioridad pueden considerarse para la asistencia financiera si se solicitan a través de los Servicios Financieros para Pacientes o del Servicio de Atención al Cliente de Cuentas de Pacientes; sin embargo, no se considerarán a través del proceso presuntivo de asistencia financiera.
56. Las autorizaciones concedidas en el marco de la asistencia financiera presunta son válidas únicamente para el encuentro en cuestión y no tienen una vigencia de 90 días.
57. Medidas de facturación y cobro
58. La política de facturación y cobro y las copias traducidas pueden obtenerse:
    1. en línea en <https://www.ochsner.org/patients-visitors/billing-and-financial-services/financial-assistance/> o
    2. pidiéndolas por escrito a Servicios Financieros al Paciente de Ochsner Health 1514 Jefferson Highway, Nueva Orleans, LA 70121.
59. Ochsner Acadia General no le impondrá a ningún paciente medidas de cobro extraordinarias, como el embargo del salario, gravámenes sobre residencias principales u otras acciones legales sin antes hacer lo razonablemente posible para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
60. Divulgación del Programa de Asistencia Financiera a los pacientes y dentro de la comunidad
61. Puede encontrar información sobre el Programa de Asistencia Financiera:
    1. en las facturas de los pacientes,
    2. en línea a través del sitio web de Ochsner Acadia General,
    3. visitando los Servicios Financieros para Pacientes ubicados en los centros de Ochsner Acadia General o
    4. en el resumen de alta del paciente.
62. **Cumplimiento**

El incumplimiento de esta política puede dar lugar a medidas disciplinarias progresivas que pueden incluir el despido de los empleados o la rescisión del contrato o del servicio en el caso de los estudiantes, los voluntarios o el personal de terceros.

1. **Anexos**

Anexo A Servicios profesionales no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera

Anexo B Solicitud de Asistencia Financiera

Anexo C Descuentos de importes generalmente facturados

Anexo D Centros cubiertos por la política de Asistencia Financiera

1. **Referencias**

OHS.REV.044 Facturación y cobros

*Política y procedimiento de la HFMA 501(c)(3) para la atención de beneficiencia en hospitales*

Medida de pobreza de la Oficina del Censo

42.U.S.C.1395dd

26 U.S.C 501, vea también 26 CFR Partes 1, 53 y 602, Requisitos adicionales para los hospitales de beneficencia; norma final

<https://www.census.gov/topics/income-poverty.html>

1. **Historial de la política**

OHS.REV.042 Asistencia Financiera (Julio de 2014)

**Todos los médicos empleados de Ochsner Acadia General y clínicas están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera.**

La siguiente es una lista de proveedores que proporcionan atención en Ochsner Acadia General y clínicas y no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera.

|  |
| --- |
| Melvin, Ross R., DO |
| Prudhomme, Matthew B., DO |
| Henao, Justine E., DO |
| Chehebar, Daniel M., DO |
| Vidal, Gabriel A., MD |
| Eiser, John W., DO |
| Anzalone, Charles, Jr. M.D. |
| Dobbs, James C., M.D. |
| Trahan, Jake, III M.D. |
| Liu, Michael K., M.D. |
| Doucet, Karla M., M.D. |
| Pechenko, Irina M., M.D. |
| Trahan, Maxie A., M.D. |
| Dairo, Dokun, M.D. |
| Yellin, Joshua H., M.D. |
| Tadin, David M., M.D. |
| Duhon, Danielle K., M.D. |
| LeBas, Rebeca, FNP |
| Prellop, Perri B., M.D. |
| Salameh, Elie I., FNP |
| LaCour, Keith J., M.D. |
| Rahman, Riaz R., M.D. |
| Hatch, Spencer T., DO |
| Gaglia, Michael A., Jr. M.D. |
| Ausef, Amir H., M.D. |
| Wilt, Stephen R., M.D. |
| Schulze, Eric S., M.D. |
| Menuet, Robert L., II M.D. |
| Montgomery, Andrea L., PMHNP |
| Saad, Marc N., M.D. |
| Edavettal, John M., M.D. |
| Charles, Wronetta Ann, PMHNP |
| Blanchet, Paulette M., M.D. |
| Bergeaux, Scott J., MD |
| Patel, Jigar N., M.D. |
| Myers, Edward, NP |
| Richard, Trevor C., M.D. |
| Thompson, Jonathan W., M.D. |
| Meche, Jedediah D., FNP |
| Walker, Michael A., PA-C |
| Lodha, Ankur, M.D. |
| Abboud, Lucien N., M.D. |
| Reboul, Jeffery P., DO |
| Antoine, Laterica S., FNP |
| Salvaggio, Louis A., M.D. |
| Richard, Carl J., M.D. |
| Gombos, Zoltan, M.D. |
| Saenz, Rodrigo E., M.D. |
| Fontenot, Benjamin P., CRNA |
| Tarsia, Joseph, III M.D. |
| Montet, Marcus A., FNP |
| Srivastava, Mohit, M.D. |
| Sabbaghian-Hebert, Shirin M.D., |
| Cheeran, Bose D., M.D. |
| Gadi, Venkata Satish, M.D. |
| Redlich, Gillian C., M.D. |
| Nair, Pradeep K., M.D. |
| Agarwal, Rajender K., M.D. |
| Altamirano, John-Mario W., FNP |
| Nickel, Courtney B., FNP |
| Owens, Michelle M., M.D. |
| Mogabgab, Owen N., M.D. |
| Santiago, Jose A., Jr. M.D. |
| Lawrence, Christopher D., M.D. |
| Jackson, Paul M., M.D. |
| Aridi, Jad, M.D. |
| Keating, Patrick L., M.D. |
| Manthena, Himani Reddy, M.D. |
| LaFleur, Naomie R., FNP |
| Rastogi, Ujjwal, M.D. |
| Menard, Ronald D., M.D. |
| McFarlain, Andrew R., CRNA |
| Duhon, Nathaniel R., M.D. |
| Achee, Christopher J., M.D. |
| Moussaoui, Asma, M.D. |
| Duhon, Daniel J., M.D. |
| Foreman, David J., M.D. |
| Altmann, Lisa D., M.D. |
| Moses, Donald G., M.D. |
| Casanova, Thomas H., III M.D. |
| Reviere, Adrienne A., DDS |
| Ashy, Rebecca A., FNP |
| Cunningham, Rachel B., CFNP |
| Gervais, Donald S., Jr., M.D. |
| Bowie, Charles H., M.D. |
| Smith, Leatha M., PA |
| Sanders, Brandt J., AGACNP |
| Solet, Darrell J., M.D. |
| Saini, Satinder, M.D. |
| Long, David H., MD |
| Williams, Samantha L., ANP |
| Aertker, Robert J., III M.D. |
| Guedry, Christopher J., M.D. |
| Kumar, Amit, M.D. |
| Guillory, Stephanie S., ANP |
| Vaughn, Valecia C., FPMHNP |
| Cho, Myungho H., M.D. |
| Hoffner, Richard J., MD |
| Lebron-Berges, Alfonso J., M.D. |
| Stringfellow, Paul B., M.D. |
| Joseph, Jamie P., M.D. |
| Mullen, William C., M.D. |
| Horton, James R., M.D. |
| Khandker, Namir, M.D. |
| Dooley, Madelyn A., FNP |
| Gonzalez, John A., M.D. |
| Manrique-Garcia, Alvaro F., M.D. |
| May, Wade B., M.D. |
| Landry, Matt J., ANP |
| Dakin, Kim L., M.D. |
| Beck, John L., M.D. |
| Sidhu, Gursukhman Deep S., M.S. |
| Dunn, Lauren E., M.D. |
| Cannizzaro, Louis A., M.D. |
| Levy, Richard A., CRNA |
| Ayalloore, Siby G., M.D. |
| Heard, Michel E., Jr. MD |
| Saleh, Omar M., M.D. |
| Liles, Rein T., FNP |
| Curtis, Dwight T., M.D. |
| Camilo, Osvaldo A., M.D. |
| Paris, Christopher L., M.D. |
| Lupo, Joseph P., M.D. |
| Langheinz, Kirk P., M.D. |
| LeJeune, Elizabeth K., M.D. |
| Duhon, Neal J., M.D. |
| Baudoin, Bryan E., DO |
| Sachasinh, Rachadip S., M.D. |
| Milford, Patricia, NP |
| Richard, Tori, PMHNP |
| Walton, Blaine T., M.D. |
| Haight, Edward S., M.D. |
| Whittington, Mathew J., M.D. |
| Lewis, Deron J., CRNA |
| Beck, Christopher J., M.D. |
| Guillory, Rachael L., M.D. |
| Poongkunran, Mugilan, M.D. |
| Vanderbrook, Richard C., Jr. M.D. |
| Peck, Trevor H., M.D. |



**Asistencia financiera**

**Proceso y solicitud**

Ochsner Health (“OHS”) se compromete a prestar asistencia financiera a los pacientes que muestren una necesidad o dificultad financiera, que hayan recibido servicios de atención médicamente necesarios proporcionados por OHS. Los servicios médicamente necesarios son servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El médico examinador determinará la necesidad médica. Esta solicitud no sirve como garantía de asistencia financiera ni reducción de la deuda pendiente.

**La solicitud debe incluir:**

* Todos los documentos necesarios para usted y su co-solicitante, si procede.
* Prueba de los dependientes de cualquier persona que figure en la solicitud.
* Solicitud de asistencia financiera de Ochsner completa.
* Formulario de declaración del paciente, con firma y fecha.
* Prueba de domicilio en LA o MS.

**Por favor, incluya todos los documentos correspondientes que se indican a continuación:**

1. **Prueba de ingresos (proporcione uno de los siguientes):**
   1. Copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso o
   2. Copia de los tres (3) últimos recibos de sueldo.
   3. Si está desempleado/a, presente una carta de su último empleador Ó una copia de la carta de beneficio por desempleo Ó una carta certificando la negación de beneficios por desempleo del Departamento de Trabajo.
   4. Si no se puede presentar ningún ingreso, por favor complete y firme la verificación de falta de ingresos/declaración de apoyo (ver anexo).
   5. Si está separado/a, presente una copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso.
   6. Copia de la carta de beneficio mensual de la administración del Seguro Social.
   7. Copia de la carta de beneficio mensual por discapacidad.
2. **Copia de la tarjeta/información del seguro médico (si procede)**
3. **Comprobante de domicilio (proporcione uno de los siguientes):**
   1. Licencia de conducir/tarjeta de identificación válida de Luisiana
   2. Factura actual de servicios públicos (que muestre el nombre y la dirección del solicitante)
   3. Contrato de alquiler (que muestre el nombre y la dirección del solicitante)
   4. Registro de votantes
4. **Otros ingresos** **(proporcione uno de los siguientes):**
   1. Manutención del cónyuge o de los hijos (copia de la carta en la que se indica el importe mensual de la concesión)
   2. Propiedad en alquiler
   3. Ingreso por inversiones
5. **Prueba de las personas a cargo (proporcione uno de los siguientes):**
   1. Copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso
   2. Registros o estados de cuenta escolares
   3. Estados de cuenta de los proveedores de atención médica

Sírvase de enviar la información completa a:

**Ochsner Health System**

**Attn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1514 Autopista Jefferson**

**New Orleans, LA 70121**

**Las solicitudes también pueden enviarse por correo electrónico o por fax a**:

Fax- (504)-842-0322

Correo electrónico- [OchsnerFADocs@ochsner.org](mailto:OchsnerFADocs@ochsner.org)

Sírvase de enviar la información completa a:

**Ochsner Health System**

**Attn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1514 Jefferson Hwy**

**New Orleans, LA 70121**

**Las solicitudes también pueden enviarse por correo electrónico o por fax a:**

Fax- (504)-842-0322 Correo electrónico- [OchsnerFADocs@ochsner.org](mailto:OchsnerFADocs@ochsner.org)

**Solicitud de asistencia financiera**

**Número de historial médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información de ingresos: A continuación, complete la información del ingreso. Indique si el ingreso enumerado los recibe por mes o por año.**  ***Si está casado(a), incluya la información del ingresos del cónyuge en la columna Co-solicitante*** | | | | | |
| **Fuentes de ingresos** | **Solicitante** | **Por mes/año** | **Co-solicitante** | | **Por mes/año** |
| Empleo | $ |  | $ |  |  |
| Seguro social | $ |  | $ |  |  |
| Discapacidad | $ |  | $ |  |  |
| Desempleo | $ |  | $ |  |  |
| Propiedad en alquiler | $ |  | $ |  |  |
| Inversiones inversinversionesinversiones | $ |  | $ |  |  |
| Manutención del cónyuge | $ |  | $ |  |  |
| Manutención de menores | $ |  | $ |  |  |
|  |  | **Ingreso total combinado** | | | $ |
|  |  |  |  | |  |

**Información de solicitante(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del solicitante/garante**  **Relación con el paciente: Estado civil (\*):**  [ ] Paciente [ ] Cónyuge [ ] Padre o madre [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado  *\* Si es casado, incluya la información e ingreso del cónyuge* | | | | |
| [ ] Sí [ ] No | | | | |
| **Apellido** | **Primer nombre** | **Inicial del segundo nombre** | **Ciudadano  de EE. UU.** | |
|  | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | **Cantidad de** | **Edad de las Número de teléfono actual** | | |
| **nacimiento** | **personas a cargo** | **personas a cargo** |  | |
|  | | | | |
| **Dirección** | **Ciudad, parroquia, estado** | | | **Código postal** |
|  | | | | |
| **Empleador actual** | **Ciudad, parroquia, estado** | | **Puesto** | |
|  | | | | |
| **Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del Co-solicitante** | | | | | | |
| **Relación con el paciente:**  [ ] Paciente [ ] Cónyuge [ ] Padre o madre | | | | | |  |
| [ ] Sí | | | | | [ ] No | |
| **Apellido** | **Nombre** | **Inicial del segundo nombre** | **Ciudadano de EE.UU.** | | | |
|  | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | **Cantidad de personas a cargo** | **Edad de las Número de teléfono actual personas a cargo** | | | | |
|  | | | | | | |
| **Dirección** | **Ciudad, parroquia, estado** | | | **Código postal** | | |
|  | | | | | | |
| **Empleador actual** | **Ciudad, parroquia, estado** | | **Puesto** | | | |
|  | | | | | | |
| **Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?** | | | | | | |

**Declaración**

* + He cumplido con el proceso de selección del **Programa de Oschner para Asistencia de Costos Médicos (MCAP, por sus siglas en inglés)** para determinar si puedo calificar para recursos alternativos (COBRA, Seguro Social, Medicaid y Víctimas de Delitos).

##### Entiendo que hasta que haya cumplido con el proceso de elegibilidad del MCAP, o con el proceso de solicitud pertinente, no podré recibir asistencia financiera.

* + Entiendo que los saldos pendientes correspondientes a servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico, como los servicios puramente optativos o estéticos, no califican para la asistencia financiera, y no he incluido ninguno de esos saldos en esta solicitud.
  + En caso de que haya incluido saldos pendientes correspondientes a servicios puramente optativos o estéticos, estos no serán ajustados. En el caso de que hayan sido ajustados por error, se restablecerán.
  + De ser necesario, he proporcionado mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros.
  + De ser necesario, he proporcionado mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros. Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud, así como todos los documentos adicionales, son exactos y auténticos a mi leal saber y entender.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre en letra de molde** |  | **Firma** |
| **Fecha de la solicitud** |  | **Teléfono/contacto** |
| **Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)** | | |

**Anexo(s)**

Declaración

Verificación de falta de ingresos

**Verificación de falta de ingresos / declaración de manutención**

**(Solicitante)** está solicitando asistencia financiera a Ochsner Health System. El solicitante ha declarado que no recibe ningún ingreso mensual/anual. El solicitante lo ha indicado como único medio de respaldo.

A mi leal saber y entender, el solicitante no tiene ingresos y certifico que esto es verdadero. Proporciono al solicitante comida y alojamiento y/o le proporciono ayuda financiera como se especifica a continuación

**(Relación con el solicitante, por ejemplo: alojamiento, madre, padre, otro)**

**Proporciono:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Comida y alojamiento | **$** | Monto total aproximado |
| * ayuda financiera | **$** | Monto total aproximado |
| * Otro | **$** | Monto total aproximado |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre en letra de molde** (del colaborador) |  | **Firma** (del colaborador) |
| **Fecha** |  | **Teléfono/contacto** |
| **Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)** | | |

En caso de tener alguna pregunta o inquietud, puede ponerse en contacto con el departamento de Atención al Cliente de Cuentas de Pacientes por teléfono, llamando al 504-842-4190.

**\*\*\*\*Si no percibe ingresos de ninguna fuente, firme aquí\*\*\*\***

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** no percibo ingresos ni recibo apoyo financiero de ninguna fuente actualmente.

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Solicitante/Co-solicitante (*si procede*)

**Ochsner Health System:   
Attn:   
1514 Jefferson Hwy**

**New Orleans, LA 70121**

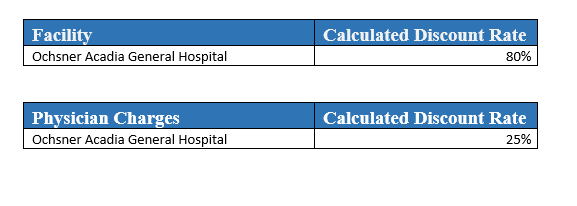
Anexo C Política de Asistencia Financiera para descuentos de importes generalmente facturados

 Fecha de emisión 07/2014, 10/2019

Fechas de revisión 07/2014, 10/2019

Fechas de corrección 07/2014, 05/2022

**Propietario(s) de la política Servicios Financieros para Pacientes**



##### **Anexo D Centros cubiertos por la política de Asistencia Financiera**

Número de política OHS.REV.042

Fecha de emisión 07/2014, 10/2019

Fechas de revisión 07/2014, 10/2019

Fechas de corrección 07/2014, 05/2022

Propietario(s) de la política Servicios Financieros para Pacientes

**OHS.REV.042 se aplica a los siguientes centros hospitalarios y a los departamentos asociados de cada uno de ellos:**

Ochsner Acadia General Hospital