



Policy

TITLE: Financial Assistance

NUMBER: SBPH.REV.042

I. Objektif

Règleman sa a bay konsèy sou Financial Yon direktiv ssistance pou fè pwovizyon de gratis oswa rabè, ki kalifye medikal Nesèsè sèvis nan pasyan ki rankontre kritè kalifikasyon ak sèten demontre yon enkapasite yo peye nan akò ak 26 US Kòd § 501r ak lòt règleman ki aplikab.

II. Dimansyon

Règleman sa a aplike tout pasyan ki rezidan nan Lwizyana oswa Mississippi epi ki resevwa swa Sèvis Pwofesyonèl oswa Sèvis Teknik nan Òganizasyon sa a, jan ki nan lis sou Dokiman siplemantè D, ki nesesè medikalman epi ki satisfè sèten kritè kalifikasyon.

III. Definisyon

- A. Òganizasyon – Distri Sèvis Lopital la No. 1 nan St. Charles Parish d/b/a St. Charles Parish Hospital.
- B. Kondisyon Medikal Ijans – Jan sa defini nan Lwa sou Sekirite Sosyal §1867.
- C. Sèvis Elektif - Sèvis, ki ta ka gen ladan Sèvis medikal ki nesesè, ki pa konsidere kòm Sèvis Ijan.
- D. Peman Espere - Tout reklamasyon pèmèt konpayi asirans yo.
- E. Revni Fanmi – Jan Biwo Resansman an defini ladan salè, konpansasyon chomaj, konpansasyon travayè, Sekirite Sosyal, Revni Sekirite Siplementè, asistans publik, peman veteran, benefis sivivan, revni pansyon oswa retrèt, enterè, dividann, pri lwaye, redevans , revni nan Estates, twòs, asistans edikasyon, pansyon alimantè, sipò pou timoun, asistans ki soti andeyò kay la, ak lòt sous divès sou yon baz anvan taks. Sa ki annapre yo eskli nan kalkil kòm Revni Fanmi pa biwo resansman an:
 1. Benefis Noncash (tankou koupon pou manje ak sibvansyon lojman);
 2. Pwogrè oswa pèt kapital; ak
 3. Kredi taks.
- F. Nivo Federal Povrete (FPL) – Montan minimòm revni brit ke yon fanmi bezwen pou manje, rad, transpò, abri ak lòt nesesite yo epi li varye selon gwosè fanmi an jan Depatman Sante ak Sèvis Imen tabli sa.
- G. Asistans Finansye – refere a sèvis swen sante ki ofri pa Òganizasyon sa a san chaj oswa nan yon rabè pasyan ki kalifye.

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.

- H. Chaj Brit – Total chaj nan pousantaj etablisman konplè etablisman an pou dispozisyon pou sèvis swen pasyan anvan dediksyon nan revni yo aplike.
- I. Medikalman Nesesè – Sèvis ki rezonab oswa nesesè pou dyagnostik la oswa tretman pou yon maladi oswa aksidan. Doktè egzaminen an pral detèmine nesesite medikal.
- J. Pòsyon Pasyan - Kantite chaj medikal pasyan an responsab finansyèman apre asirans lan te aplike nan bòdwo a pou sèvis yo bay yo.
- K. Sèvis Pwofesyonèl - sèvis yon doktè oswa yon pwofesyonèl klinik ofri.
- L. Remèt Self-Peye – Rabè aplike nan kantite lajan akòz nan pasyan pou sèvis san asirans.
- M. Sèvis teknik - ekipman medikal oswa teknik, founiti oswa sèvis.
- N. Underinsured – Pasyan gen kèk fòm asistans twazyèm pati, men li toujou gen depans soti nan pòch ki depase kapasite li nan peye.
- O. San asirans – Pasyan an pa gen okenn fòm asistans twazyèm pati pou ede avèk responsabilite finansye pou sèvis medikal yo.
- P. Sèvis Ijan – Sèvis ke si yo pa fè alè ta mete lavi an danje, siyifikativman vin pi mal kondisyon pasyan an, oswa rezulta nan pèt nan manm oswa pèt irevokabl nan fonksyon.

IV. Deklarasyon Règleman

- A. Òganizasyon sa a pran angajman pou li bay Asistans Finansyè pou Swen Medikal ki Nesesè bay moun ki pa gen asirans, ki pa gen ase asirans, ki pa kalifye pou yon pwogram gouvènman, oswa ki pa kapab peye, epi ki detèmine ke yo kalifye pou Asistans Finansye an akò avèk règleman sa a. Òganizasyon sa a dwe bay, san diskriminasyon, swen nan Kondisyon Medikal Ijans bay moun kèlkeswa kalifikasyon yo pou Asistans Finansye oswa pou asistans gouvènman an.

V. Aplikasyon Règleman

A. Kalifikasyon pou Asistans Finansye

- 1. Akò a nan Asistans Finansye dwe baze sou yon detèminasyon endividyièl nan bezwen finansye epi yo pa pral pran an kont laj, sèks, ras, sitiayson sosyal oswa imigrasyon, oryantasyon seksyèl, oswa afilyasyon relijiye yo.
- 2. Pasyan yo dwe kolabore ak pwosedi Òganizasyon sa a pou jwenn Asistans Finansye oswa lòt fòm peman, epi pou kontribye nan depans swen yo ki baze sou kapasite endividyièl yo pou peye.
 - a. Si ou pa konfòme ou avèk pwosesis tès depistaj Asistans Finansye Òganizasyon an, ki gen ladan men pa limite a, detèminasyon pwoteksyon Medicaid, yo pral eskli pasyan yo nan kalifikasyon Asistans Finansye.
- 3. Asistans finansye aplike pou responsabilite pasyan sèlman, ki gen ladan, men pa limite a sa sèlman, franchiz, ko-peman, ak ko-asirans epi li disponib pou rezidan nan Lwizyana ak Mississippi. Kalifikasyon pou Asistans Finansye detèmine ki baze sou Revni Fanmi pasyan an, byen, ak gwosè fanmi an.

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.

4. Òganizasyon sa a dwe bay yon rabè 100% Asistans Finansye pou sèvis ki kalifye pou pasyan ki gen revni Fanmi yo nan 200% nan Gid FPL yo oswa mwens.
 5. Pasyan ki gen revni Fanmi depase 200% nan FPL la ka elijib pou resevwa pousantaj rabè ki baze sou sikontans espesifik yo, tankou maladi katastwofik oswa endijans medikal, selon diskresyon Òganizasyon an. Pou eksepsyon, dokiman yo ka oblige kalifye pou Asistans Finansye. Eksepsyon yo enkli, men yo pa limite a sa sèlman:
 - a. Medikaman chè ak bòdwo lopital / doktè.
 - b. Tèminal maladi; oswa
 - c. Plizyè entène lopital.
 6. Si ou pa konfòme ou avèk pwoteksyon Medicaid Òganizasyon a ak pwosesis tès depistaj Asistans Finansye a ap eskli pasyan yo nan kalifikasyon pou Asistans Finansye.
 7. Modifikasyon nan rabè deja akòde dwe fèt si enfòmasyon ki vin apre endike enfòmasyon yo bay Òganizasyon an te kòrèk.
 8. Pasyan yo detèmine ki kalifye pou Asistans Finansye pa dwe ranvwaye pou swen medikal ki nesesè.
- B. Sèvis ki disponib anba Règleman sa a
1. Asistans finansye ki disponib pou tout sèvis pwofesyonèl ak sèvis teknik, eksepte pou bagay sa yo:
 - a. Pre-peye, sèvis pri fiks yo.
 - b. Sèvis transplantasyon.
 - c. Sèvis ochwa; ak
 - d. Frè pou Sèvis Pwofesyonèl founi pa founisè yo jan sa endike nan Dokiman siplemantè A.
 2. Òganizasyon sa a rezève diskresyon pou I ofri Asistans Finansye pou sèvis eskli sou yon baz ka-pa-ka.
- C. Metòd kote pasyan yo ka aplike pou asistans finansye
1. Demann Asistans Finansye ka fèt lè ou kontakte Depatman Sèvis Kliyan Kont Pasyan an nan telefòn, imèl, faks, oswa korespondans ekri oswa lè ou vizite Depatman Sèvis Finans Pasyan ki nan sant sante Òganizasyon yo.
 2. Bezwén finansye yo pral detèmine pa yon evalyasyon endividyièl nan bezwen finansye epi yo ka:
 - a. Mete yon pwosesis aplikasyon ("Atachman B"), nan ki pasyan an oswa guaranty pasyan an, oblige kolabore epi bay enfòmasyon pèsonèl, finansye, ak lòt ak dokiman ki gen rapò ak fè yon detèminasyon nan bezwen finansye.
 - i. Aplikasyon Asistans Finansye a oblige bay plis enfòmasyon pou pèmèt yon revizyon pi apwofondi sou apwobasyon fwontyè, ka difikilte, ak gwo balans.

- b. Mete itilizasyon sous done ekstèn ki disponib piblikman ki bay enfòmasyon sou kapasite yon pasyan oswa garanti yon pasyan pou peye (pa egzanp, nòt kredi);
 - c. Sèvi ak yon zouti twazyèm pati lè pa gen ase enfòmasyon ki bay pa pasyan an, ki ka itilize kòm sèl sous dokiman pou fè yon detèminasyon Asistans Finansye.
 - d. Mete efò rezonab pa Òganizasyon an eksploré sous ki apwopriye altènatif nan peman ak pwoteksyon nan pwogram peman piblik ak prive ak ede pasyan yo pou aplike pou pwogram sa yo; oswa
 - e. Mete yon revizyon sou kont eksepsyonèl pasyan an resevwar pou sèvis anvan rann ak istwa peman pasyan an.
3. Apwobasyon pou asistans finansye yo konsidere kòm valab pou 90 jou ak balans nan lavni nan 90 jou yo pral oto ajiste. Yon pasyan gen 240 jou soti nan dat premye bòdwo pòs-egzeyat la pou yon episòd swen pou aplike pou Asistans Finansye pou episòd swen sa a.

D. Montan ki chaje bay pasyan yo

- 1. Pasyan ki resevwa Asistans Finansye pa ka chaje plis pou menm sèvis yo jeneralman voye bòdwo bay pasyan asirans yo. Rabè Asistans Finansye yo ap kalkile separeman pou chak etablisman epi yo reprezante pwodiksyon an mwayèn payè pa revize Medicare ak komèsyal aktyèl ak peman espere (ki gen ladan Pòsyon Pasyan an) sou peryòd la anvan douz mwa jan yo demontre plis konplètman nan Atachman C.
- 2. Pasyan ki pa gen asirans epi ki pa elijib pou asistans finansye yo kapab toujou kalifye pou yon rabè ki pa asire ke yo kalkile pou chak etablisman (attachman C) epi li reprezante mwayèn moun k ap peye a pandan l ap evalye pèman reyèl ak pèman komèsyal Medicare yo prevwa yo (ki gen ladan (Pòsyon Pasyan an) pandan peryòd douz mwa a.

E. Kalifikasyon pou Asistans Finansye Prezonptif

- 1. Anplis pwosesis fòmèl Asistans Finansye aplikasyon an, pasyan ki pa gen asirans yo ka prezime tou pou yo kalifye pou Asistans Finansye pou chaj sou Sèvis Teknik ak Pwofesyonèl ki baze sou prèv yo bay atravè itilizasyon yon zouti tès depistaj twazyèm pati, ki ka itilize kòm sèl sous dokiman pou fè yon detèminasyon Asistans Finansye.
- 2. Sèvis teknik ak pwofesyonèl yo pral revize separeman anba pwosesis prezonptif la.
- 3. Chaj medikal ki nesesè pa Medicaid oswa pwogram swen endijan yo ka prezime elijib pou Asistans Finansye.
- 4. Yo ka konsidere balans kont teknik ak pwofesyonèl avèk peman ki te deja fèt pou Asistans Finansye si yo mande sa nan Sèvis Finansye Pasyan oswa Sèvis Kliyan Pasyan Kont; sepandan, yo pa dwe konsidere yo atravè pwosesis asistans finansye prezonptif la.
- 5. Apwobasyon yo bay anba Asistans finansye prezime yo valab pou rankont la anba revizyon sèlman epi yo pa valab pou 90 jou.

F. Faktirasyon ak efò Koleksyon

**Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.**

1. Règleman sou Faktirasyon ak Koleksyon yo ak kopi tradui yo ka jwenn:
 - a. sou entènèt la nan <https://www.ochsner.org/patients-visitors/billing-and-financial-services/financial-assistance/> oswa
 - b. sou demann ekri nan Sèvis Finansye Pasyan Sante Ochsner 1514 Jefferson Highway, New Orleans, LA 70121.
2. Òganizasyon sa a p ap enpoze kont okenn efò koleksyon ekstraòdinè pasyan tankou aranjman salè, privilèj sou rezidans prensipal oswa pran lòt aksyon legal san yo pa fè efò rezonab pou detèmine kalifikasyon pou Asistans Finansye an premye.

G. Kominikasyon Pwogram Asistans Finansyè a bay pasyan yo ak nan kominate a

1. Ou ka jwenn enfòmasyon sou pwogram Asistans Finansye a:
 - c. Sou deklarasyon bòdwo pasyan,
 - d. Sou entènèt atravè sit wèb Òganizasyon an,
 - e. Pa vizite Sèvis Finansye Pasyan ki sitiye nan etablisman Òganizasyon yo, oswa
 - f. Sou rezime egzeyat pasyan an.

VI. Ranfòsman

Si ou pa konfòme ou avèk règleman sa a, sa ka lakòz disiplin pwogresif jiska ak ki gen ladan mete fen nan travay pou anplwaye oswa mete fen nan kontra oswa sèvis pou twazyèm-pati pèsonèl, elèv yo oswa volontè yo.

VII. Atachman

Dokiman siplemantè Yon Sèvis Pwofesyonèl ki pa kouvri pa Règleman Asistans Finansye

Dokiman siplemantè B Aplikasyon pou Asistans Finansye

Dokiman siplemantè C Kantite Jeneralman bòdwo Rabè

Dokiman siplemantè D ki kouvri anba Règleman Asistans Finansye

VIII. Referans

OHS.REV.044 Faktirasyon ak Koleksyon

HFMA 501 (c) (3) Règleman Swen Charite Lopital ak Pwosed

Resansman Biwo Mezi Povrete

42.U.S.C. 1395dd

26 U.S.C 501, gade tou 26 CFR Pati 1, 53 ak 602, Kondisyon Lòt pou Lopital Charitab; Règ final la

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

IX. Istwa Règleman

OHS.REV.042 Asistans Finansye (Jiyè 2014)

Attachment B Financial Assistance Application

**Financial Assistance
Process & Application**

The Ochsner Health System (“OHS”) is committed to providing financial assistance for patients with a demonstrated financial need or hardship, who have received medically necessary healthcare services provided by OHS. Medically necessary services are services that are reasonable or necessary for the diagnosis or treatment of an illness or injury. Medical necessity will be determined by the examining physician. This application does not serve as a guarantee of financial assistance or reduction in outstanding liability.

Application must include:

- All required documents for you and your co-applicant if applicable.
- Proof of Dependents for anyone listed on application.
- Completed Ochsner Financial Assistance Application
- Signed & Dated Patient Attestation Form
- Proof of LA or MS Residency

Please include all applicable documents listed below:

A. Proof of Income (Please provide 1 of the following):

- a. Copy of tax return (Form 1040) for current tax year or
- b. Copy of three (3) most recent pay stubs.
- c. If unemployed, please provide letter from last employer OR copy of unemployment award letter OR letter certifying denial of unemployment benefits from applicable state department of labor
- d. If no income can be provided, please complete and sign the No Income Verification/Statement of Support (view attachment)
- e. If separated, please submit a copy of tax return (Form 1040) for current tax year.
- f. Copy of Social Security Administration monthly award letter
- g. Copy of Disability monthly award letter

B. Copy of Healthcare Insurance card/information (If applicable)

C. Proof of Residency (Please provide 1 of the following):

- a. Valid Louisiana Driver's License/Identification Card
- b. Current Utility Bill (shows name and address of applicant)
- c. Lease Agreement (shows name and address of applicant)
- d. Voter Registration

D. All other income: (Please provide 1 of the following):

- a. Spousal/Child Support (Copy of letter stating monthly award amount)
- b. Rental Property
- c. Investment Income

E. Proof of Dependents (Please provide 1 of the following):

- a. Copy of tax return (Form 1040) for current tax year
- b. School records or statements
- c. Health provider statements

**Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.**

Please Mail Completed Info to:

Ochsner Health System

Attn: _____

1514 Jefferson Hwy

New Orleans, LA 70121

Applications can also be emailed or faxed to:

Fax- (504)-842-0322

Email- OchsnerFADocs@ochsner.org

Financial Assistance Application

MRN: _____

Income Information: Please complete the income information below.

If married, please include spouse income information under the Co-Applicant fields.

Income Sources	Applicant	Monthly Gross Income	Co-Applicant	Monthly Gross Income
Employment	\$		\$	
Social Security	\$		\$	
Disability	\$		\$	
Unemployment	\$		\$	
Rental Property	\$		\$	
Investment Income	\$		\$	
Spousal Support	\$		\$	
Child Support	\$		\$	
Total Combined Income				\$

Applicant(s) Information

Applicant/Guarantor Information			
<u>Relationship to patient:</u>	<u>Marital Status (*):</u>		
<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated
Last Name	First Name	Middle Initial	Social Security Number
Date of Birth	Number of Dependents	Age of Dependents	Current Telephone Number

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
 Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.

Street Address	City	State	ZIP
Current Employer		Position	
If you are not working, how long have you been unemployed?			
Co-applicant Information <i>* If married, please include spouse information and income</i>			
<u>Relationship to patient:</u>			
<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parent			
Last Name	First Name	Middle Initial	Social Security Number
Date of Birth	Number of Dependents	Age of Dependents	Current Telephone Number
Street Address	City	State	ZIP
Current Employer		Position	
If you are not working, how long have you been unemployed?			

Attachment(s)

Attestation

No Income Verification

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.

Attestation

- I have complied with the **Ochsner Medical Cost Assistance Program (“MCAP”)** screening process to determine if I may be eligible for alternate resources (COBRA, Social Security, Medicaid, and Victim of Crime).
- I understand that until I have complied with the MCAP eligibility process, or applicable application process, I will not be eligible for financial assistance.
- I understand that balances due to non-medically necessary services, such as purely elective or cosmetic services are not eligible for financial assistance. I also understand that balances over 240 days from the date of the first post discharge bill for an episode of care will not be included in this request.
- If I have included balances due to purely elective or cosmetic services, they will not be adjusted. If they are adjusted in error, they will be reinstated.
- If applicable, I have provided my most recent/current Insurance card with appropriate information to submit past, present, and future claims.
- I have provided all requested documentation from page 1 of this application. I attest that all information provided on this application, as well as all supporting documents are accurate and truthful to the best of my knowledge and ability.

Printed Name

Signature

Date of Application

Phone/Contact

Address (Street Address, City, State, Zip)

Please Mail Completed Info to:

**1514 Jefferson Hwy
New Orleans, LA 70121**

Applications can also be emailed or faxed to:

Fax- (504)-842-0322
Email- OchsnerFADocs@ochsner.org

**Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.**

No Income Verification/Statement of Support

& _____

(Applicant)

(Co-applicant) if applicable

is applying for financial assistance with the Ochsner Health. The applicant has stated they do not receive any monthly/yearly income. The applicant has listed you as their sole means of support.

To the best of my knowledge, the applicant has no income and I certify this to be true. I am either providing the applicant with food and shelter and/or providing the applicant with financial support as specified below

(Relationship to the applicant-for example: Shelter, Mother, Father, Other)

I am providing:

- Food and Shelter \$ _____ Approximate monthly total
- Financial Support \$ _____ Approximate monthly total
- Other \$ _____ Approximate monthly total

Printed Name (of supporter)

Signature (of supporter)

Date

Phone/Contact

Address (Street Address, City, State, Zip)

****If you are not receiving income from any source please sign here****

I, _____ am not receiving income or financial support from any sources currently.

Signature _____ Date _____
Applicant/Co-Applicant (if applicable)

Ochsner Health

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.



Attachment C Amounts Generally Billed Discounts Financial Assistance Policy

Policy Number	OHS.REV.042
Date of Issue	01/2021, 01/2021
Review Dates	01/2022, 01/2022
Revision Dates	01/2023, 01/2024
Policy Owner(s)	Patient Financial Services

Facility Charge	Calculated Discount Rate
St Charles Parish Hospital	75%

Yo nan lòd yo kenbe kontwòl vèsyon, kopi enprime nan Règleman yo se pou referans sèlman.
Tanpri gade nan PolicyTech pou vèsyon an dènye.



Attachment C Amounts Generally Billed Discounts Financial Assistance Policy

Policy Number	OHS.REV.042
Date of Issue	01/2021, 01/2021
Review Dates	01/2022, 01/2022
Revision Dates	01/2023, 01/2023
Policy Owner(s)	Patient Financial Services

Facility Charge	Calculated Discount Rate
St Bernard Parish Hospital	70%



Attachment D Facilities Covered by Financial Assistance Policy

Policy Number OHS.REV.042
Date of Issue 01/2021, 01/2021
Review Dates 01/2021, 01/2021
Revision Dates 01/2023, 01/2023
Policy Owner(s) Patient Financial Services

OHS.REV.042 applies to the following hospital facilities and the associated provider-based departments of each:

St. Bernard Parish Hospital