

POLÍTICA DE ASISTENCIA ECONÓMICA

MANUAL:	DIRECTOR RESPONSABLE: VP de Administración de Ingresos
FECHA ORIGINAL: 1/2018	ÚLTIMA REVISIÓN: 10/01/2020

I. PROPÓSITO:

Ochsner Abrom Kaplan Memorial Hospital (“**Hospital**”) tratará a todos los pacientes con respeto y equidad. El Hospital se compromete a garantizar que las circunstancias económicas de un paciente no afecten la atención que recibe en el Hospital. Los pacientes que cumplan las directrices de ingresos establecidas en esta Política de asistencia económica (la “**Política**”) pueden calificar para recibir atención gratuita o a costo reducido (“**Asistencia económica**”). Esta Política estandariza el método por el que el Hospital determinará si un paciente califica para recibir Asistencia económica.

Esta Política se aplica a todos los Tratamientos de emergencia y a la Atención médicamente necesaria que el Hospital da y a los Tratamientos de emergencia y a la Atención médicamente necesaria que dan los médicos y otros proveedores mencionados en el Anexo A en los edificios del Hospital situados en 1310 West 7th Street, Kaplan, Louisiana 70548 (cada uno un “**Centro hospitalario**”). Los médicos y proveedores que pueden dar Tratamiento de emergencia y Atención médicamente necesaria en el Centro hospitalario, pero que no están cubiertos por esta Política, están en el Anexo B.

El Hospital interpretará y aplicará esta Política según las leyes federales y estatales aplicables, incluyendo, entre otros, los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (“**EMTALA**”) y la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. En la medida en que esta Política entre en conflicto con cualquier ley federal o estatal aplicable, dicha ley federal o estatal prevalecerá.

II. ALCANCE:

Todos los departamentos del hospital y los centros afiliados a la empresa.

III. DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS:

Las siguientes definiciones se aplicarán a esta Política:

- A. **Cantidades generalmente facturadas (“AGB”)**: las cantidades que generalmente factura el Hospital por los tratamientos de emergencia y la atención médicamente necesaria a los pacientes que tienen seguro médico se llaman AGB en esta Política. Las AGB se calculan usando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si el paciente fuera un beneficiario de cargo por servicio de Medicare y equivalen a la cantidad que reembolsa Medicare más la cantidad que el paciente sería responsable de pagar si fuera un beneficiario de Medicare en forma de copagos, coseguro y deducibles.
- B. **Período de solicitud**: el Período de solicitud es el período durante el que el Hospital aceptará y procesará una solicitud de Asistencia económica según esta Política. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se da la atención a la persona en cuestión y continuará durante al menos 240 días después de que el Hospital entregue a la persona el primer estado de cuenta Después del alta por el Tratamiento de emergencia o la Atención médicamente necesaria que se dio.

- C. **Procedimientos electivos:** los procedimientos que no califican como Tratamiento de emergencia o Atención médicamente necesaria se llaman Procedimientos electivos en esta Política. Los ejemplos de procedimientos electivos incluyen servicios de naturaleza cosmética o reproductiva. La asistencia económica no está disponible para los procedimientos electivos según esta Política.
- D. **Paciente elegible:** toda persona que califique para recibir Asistencia económica según esta Política es un Paciente elegible.
- E. **Condición médica de emergencia:** el término Condición médica de emergencia se definirá según se establece en EMTALA.
- F. **Tratamiento de emergencia:** el Tratamiento de emergencia significa la atención o el tratamiento dado para una Condición médica de emergencia.
- G. **Acción de cobro extraordinaria:** sujeta a las excepciones que se describen abajo, una acción que toma el Hospital contra un paciente o cualquier Parte responsable que implique (i) un proceso legal o judicial; (ii) vender la deuda de un individuo a un tercero; (iii) informar información adversa sobre el individuo a una agencia de crédito al consumidor o a una oficina de crédito; (iv) el aplazamiento o la denegación, o la exigencia de un pago antes de dar la Atención médicamente necesaria debido al incumplimiento de pago de un paciente de una o más facturas por la atención previa que se le dio según la Política y (v) otras acciones como las definidas por el Servicio de Impuestos Internos con respecto a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.
- H. Una **Acción de cobro extraordinaria** no incluye (A) la venta que haga el Hospital de la deuda de un individuo a un tercero si, antes de la venta, el Hospital firmó un acuerdo jurídicamente vinculante con el comprador de la deuda según el que (i) se prohíbe al comprador emprender cualquier Acción de cobro extraordinaria para obtener el pago; (ii) se prohíbe al comprador cobrar intereses sobre la deuda que superen el índice permitido por la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos en la fecha de venta de la deuda; (ii[sic]) se puede devolver la deuda al Hospital o el Hospital puede recuperarla si determina que el individuo es elegible para recibir Asistencia económica y (iv) si se determina que el individuo es elegible para Asistencia económica y no se devuelve la deuda al Hospital o el Hospital la revoca, el comprador está obligado a adherirse a los procedimientos especificados en el acuerdo que garantizan que el individuo no paga y no tiene la obligación de pagar, al comprador y al Hospital juntos más de lo que es personalmente responsable de pagar como un individuo elegible para Asistencia económica; (B) cualquier gravamen que el Hospital tenga derecho a hacer valer según la ley estatal sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso que se deba a un individuo (o a su representante) como resultado de las lesiones personales para las que el Hospital dio atención o (C) la presentación de un reclamo en cualquier procedimiento de bancarrota.
- I. **Directrices federales determinantes del nivel de pobreza (“FPG”):** las Directrices federales determinantes del nivel de pobreza o FPG son las directrices que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. publica cada año en el Registro Federal. La fecha de vigencia de la actualización anual para las FPG para los propósitos de esta Política será el primer día del mes siguiente a la publicación de las FPG en el Registro Federal.

- J. **Cargos brutos:** el precio total que el Hospital establece para el Tratamiento de emergencia, la Atención médicamente necesaria o los Procedimientos electivos que cobra de manera uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier subsidio, descuento o deducción contractual.
- K. **Ingresos brutos del grupo familiar:** todos los sueldos, salarios, remuneraciones y otros pagos, incluyendo, entre otros, beneficios del Seguro Social, pagos de pensiones, subsidio de desempleo, pagos de compensación para los trabajadores, beneficios para los veteranos, alquileres, pensión alimenticia, manutención de menores, beneficios para los sobrevivientes e ingresos de las herencias o fideicomisos, obtenidos por o atribuibles a los Familiares directos sobre una base anual. Los Ingresos brutos del grupo familiar se redondearán al dólar más cercano cuando se apliquen a la escala para determinar si un individuo es un Paciente elegible.
- L. **Familia directa:** la familia directa está formada por el paciente, su cónyuge y sus hijos (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que vivan en casa o que el paciente reclame como dependientes para fines fiscales federales. Si el paciente es menor de dieciocho (18) años, la Familia directa incluirá al paciente, a sus padres naturales o adoptivos (independientemente de que vivan en la casa con el paciente) y a los hijos de los padres (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que vivan en la casa con el paciente o que los padres reclamen como dependientes para fines fiscales federales. En caso de divorcio en la Familia directa, se exigirá la documentación apropiada para determinar quién de los padres es la Parte responsable de un niño que necesita Tratamiento de emergencia o Atención médicamente necesaria. Si no hay ningún documento legal, se presumirá que el padre que acompañe al niño en el momento del servicio es la Parte responsable hasta que se dé la documentación adecuada. Si un paciente tiene al menos dieciocho (18) años, pero lo reclama otra persona como dependiente para fines fiscales federales, la Familia directa incluirá a la persona que reclama al paciente como dependiente, a su cónyuge y a todos sus hijos (naturales o adoptivos) que sean menores de dieciocho (18) años y que vivan en casa o que la persona reclame como dependientes para fines fiscales federales.
- M. **Atención médicamente necesaria:** la atención médicamente necesaria son aquellos servicios de atención médica que cumplen la definición de “servicios médicamente necesarios” para los fines del programa Louisiana Medicaid establecidos en el Título 50, Capítulo 11, Sección 1101 del Código Administrativo de Louisiana. La Atención médicamente necesaria no incluye los Procedimientos electivos.
- N. **Período de aviso:** el Período de aviso es el período durante el que el Hospital avisará a las personas sobre la disponibilidad de Asistencia económica según esta Política. El Período de aviso comienza en la primera fecha en que se presta la atención y termina el 120.º día después de que el Hospital entrega a la persona el primer estado de cuenta Después del alta por dicha atención.
- O. **Después del alta:** después del alta es el período después de que la atención médica (como paciente hospitalizado o ambulatorio) se dio y la persona salió del Hospital.
- P. **Esfuerzos razonables:** los Esfuerzos razonables son las acciones que el Hospital tomará para determinar si un individuo es un Paciente elegible según esta Política. El Hospital (i) dará una copia

impresa del resumen en lenguaje sencillo de esta Política a los pacientes como parte del proceso de admisión o de alta; (ii) incluirá un aviso por escrito visible en los estados de cuenta que identifique la Política e informe a los pacientes sobre la disponibilidad de la Asistencia económica, incluyendo, entre otros, la dirección del sitio web donde el paciente puede obtener copias de esta Política, un Formulario de solicitud, un Resumen en lenguaje sencillo de la Política y el teléfono del departamento del Hospital que puede dar información sobre la Política y el proceso de solicitud; (iii) hacer esfuerzos razonables para avisar al paciente sobre la Política y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud en las comunicaciones orales sobre la factura que ocurran durante el Período de aviso; (iv) entregar al paciente al menos un aviso por escrito que contenga un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y que describa las Acciones de cobro extraordinarias que el Hospital puede tomar si el paciente no presenta una solicitud completa de Asistencia económica o no paga la cantidad a pagar antes de una fecha límite especificada en el aviso que no sea antes de treinta (30) días después de la fecha del aviso o del vencimiento del Período de aviso (lo que ocurra más tarde) y (v) tomar las demás acciones que exige el Servicio de Impuestos Internos con respecto a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.

- Q. **Parte responsable:** una Parte responsable, como se usa en esta Política, es el paciente si este tiene al menos dieciocho (18) años y nadie lo reclama como dependiente para fines fiscales federales. Si el paciente es menor de dieciocho (18) años, la Parte responsable serán los padres (naturales o adoptivos) o los tutores del paciente, a menos que otra persona lo reclame como dependiente para fines fiscales federales. Si otra persona reclama al paciente como dependiente para fines fiscales federales, la Parte responsable será la persona que reclama al paciente como dependiente.
- R. **Tercero pagador:** cualquier seguro comercial, plan de beneficios de salud, programa que el empleador patrocina, organización de mantenimiento de la salud o acuerdo similar que es o puede ser legalmente responsable del pago de los cargos incurridos por los servicios médicos se llama un Tercero pagador en esta Política. Para los fines de esta Política, los Terceros pagadores no incluyen a Medicare, Medicaid o programas similares de seguro médico federales o estatales.

IV. INFORMACIÓN GENERAL

El hospital revisará esta política al menos una vez al año y hará los ajustes necesarios a esta política para cumplir las leyes federales y estatales aplicables, incluyendo, entre otros, EMTALA y la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.

V. PROCEDIMIENTO

A. SOLICITUDES PARA ASISTENCIA ECONÓMICA

1. ***Es necesario ser residente de EE. UU. para recibir asistencia económica.*** Las personas que soliciten Asistencia económica según esta Política deben ser residentes de EE. UU.
2. ***Pacientes presuntamente elegibles.*** El hospital puede hacer una evaluación inicial de las personas interesadas en recibir Asistencia económica para determinar, de forma acelerada, si dichas personas califican para recibir asistencia económica. Dichas evaluaciones iniciales (si las hubiera) se ajustarán a los siguientes procedimientos:

- a. Se presume que los pacientes que solicitan Asistencia económica y que no estaban cubiertos por Medicaid en el momento de recibir el servicio, pero que están cubiertos por Medicaid en el momento de la solicitud, son elegibles.
 - b. El hospital pedirá información demográfica del paciente o de la Parte responsable, incluyendo su nombre, dirección y número de Seguro Social.
 - c. El hospital usará un proveedor externo que analizará la información del paciente en relación con los bienes y recursos personales, según se aplica al programa Medicaid de Louisiana establecido en el Título 50, Capítulo 11, Sección 1101 del Código Administrativo de Louisiana, para determinar si una persona califica como un Paciente presuntamente elegible. Si una persona califica como Paciente presuntamente elegible, el Hospital avisará a la persona por escrito sobre esta determinación, el nivel de Asistencia económica para el que dicha persona califica y cómo presentar una solicitud general de Asistencia económica si el Paciente presuntamente elegible cree que puede calificar para un nivel mayor de Asistencia económica. Excepto que el Hospital apruebe lo contrario, cada Paciente presuntamente elegible tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de dicho aviso por escrito para dar al Hospital la información necesaria para verificar los Ingresos brutos de su grupo familiar. La información que el Hospital aceptará para estos fines incluye el (i) recibo de sueldo más reciente del paciente o de la Parte responsable; (ii) la declaración de impuestos federal o estatal más reciente; (iii) evidencia de elegibilidad para cupones de comida; (iv) evidencia de beneficios de desempleo; (v) una carta del empleador de la persona en relación con sus ingresos anuales, o (vi) una declaración jurada del paciente o de la Parte responsable que certifique que no tiene ingresos. Si un Paciente presuntamente elegible no presenta dicha información, se suspenderá la Asistencia económica hasta el momento en que se presente la información y puede resultar en la reversión de cualquier Asistencia económica que le dieron previamente.
 - d. Si (i) el Hospital determina que la persona no califica como Paciente presuntamente elegible, (ii) el paciente no da la información necesaria para que el Hospital haga una evaluación inicial o (iii) un Paciente presuntamente elegible no da la información necesaria para verificar los Ingresos brutos de su grupo familiar, el Hospital avisará al paciente o a la Parte responsable de que aún puede presentar una solicitud de Asistencia económica según los procedimientos establecidos en la Sección C.3 (Proceso general de la solicitud).
 - e. El Hospital guardará copias, según sus políticas de conservación de registros, de toda la información usada para determinar si una persona califica como Paciente presuntamente elegible, incluyendo, entre otras, la información que dé el paciente o la Parte responsable o a través de fuentes externas.
3. ***Proceso general de la solicitud.***
- a. Una persona que crea que puede calificar para recibir Asistencia económica o que pidió Asistencia económica debe solicitarla en el formulario que el Hospital le da durante el Período de solicitud. Las personas deben presentar una solicitud de Asistencia económica por separado para cada enfermedad, lesión u otra condición para la que el Hospital preste Tratamiento de emergencia o Atención médicamente necesaria. Puede obtener esta Política, un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y una solicitud gratis por correo en Ochsner Lafayette General, Attention: Patient Accounts, 900 St. Mary Blvd., Suite 106, Lafayette, Louisiana 70503 o visitando <https://ochsnerlg.org/financial-assistance-policies>

- b. Es responsabilidad del solicitante completar la solicitud en su totalidad y dar la documentación de apoyo que exige la solicitud. Dicha información incluye, entre otros, el nombre del paciente o de la Parte responsable, la ciudadanía, la fecha de nacimiento, la cantidad y la edad de los dependientes, el teléfono, la dirección, el empleador actual y el puesto. El solicitante también debe presentar documentación como parte del proceso de solicitud para verificar sus Ingresos brutos del grupo familiar, como declaraciones de impuestos sobre ingresos, recibos de sueldo, formularios W-2, formularios de subsidio de desempleo o cartas de los empleadores. Si el solicitante dice que no tiene ingresos, deberá completar el “Ochsner Lafayette General No Income Form (Formulario de no ingresos de Ochsner Lafayette General)” y autorizar al Hospital a hacer un informe de crédito para verificar que el solicitante no tiene ingresos. Es posible que el solicitante deba presentar más documentación como parte de su solicitud, como una copia de una carta que verifique que se ha denegado Medicaid. Si el solicitante aún no solicita Medicaid, hay que recomendarle que lo haga.
 - c. Si el solicitante presenta una solicitud incompleta de Asistencia económica durante el Período de solicitud, el Hospital suspenderá las Acciones de cobro extraordinarias (si las hubiera) que inició contra el solicitante y dará al solicitante un aviso por escrito sobre la información necesaria para completar la solicitud, incluyendo, entre otros, el teléfono y la dirección del departamento del Hospital que puede dar información sobre esta Política y asistencia en el proceso de solicitud. El Hospital también puede comunicarse con el solicitante por teléfono para determinar si recibió el aviso y para hablar sobre cualquier pregunta que el solicitante pueda tener en relación con la información que falta. El solicitante tendrá al menos treinta (30) días a partir de la fecha del aviso por escrito del Hospital para presentar la información que falta.
 - d. Las solicitudes completadas deben devolverse dentro del Período de solicitud a Ochsner Lafayette General, Attention: Patient Accounts, 900 East St. Mary Blvd., Suite 106, Lafayette, Louisiana 70503. Los pacientes también pueden completar la solicitud en persona con la ayuda del personal del Departamento de PFS.
 - e. El director financiero del Hospital, o la persona que este designe, determinará la elegibilidad inicial para la Asistencia económica y luego aprobará las determinaciones de Asistencia económica. Los formularios se devolverán al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, que avisará por escrito al solicitante en el plazo de un mes sobre la determinación de la elegibilidad. El aviso por escrito identificará la Asistencia económica para la que el paciente califica según la Sección D.3 (Niveles de asistencia económica).
4. ***Verificación de elegibilidad.***
- Las personas deben presentar una solicitud de Asistencia económica por separado según la Sección C.3 (Proceso general de la solicitud) para cada enfermedad, lesión u otra condición para la que el Hospital preste Tratamiento de emergencia o Atención médicamente necesaria. No obstante lo anterior, en la medida en que dicha enfermedad, lesión u otra condición persista por más de un (1) año, los Pacientes elegibles deben verificar su elegibilidad para recibir Asistencia económica según esta Política al menos una vez al año, dando al Hospital información suficiente para hacer una evaluación inicial como se describe en la Sección C.2 (Pacientes presuntamente elegibles) o presentando una solicitud de Asistencia económica según la Sección C.3 (Proceso general de la solicitud).

5. ***Si no presenta una solicitud completa, podrá ser denegada.***

Si el solicitante no presenta toda la información que el Hospital pide como parte de esta Política o de la solicitud, se le puede negar la Asistencia económica. Sin embargo, el Hospital no puede denegar la Asistencia económica a ninguna persona según esta Política por no haber dado información que no exigía esta Política ni la solicitud.

B. NIVELES DE ASISTENCIA ECONÓMICA

1. ***Los pacientes con cobertura de Medicare, Medicaid o de terceros pagadores pueden calificar para una Asistencia económica limitada solamente.*** Para todos los pagadores (incluyendo Medicare, Medicaid o beneficiarios de programas similares de seguro médico federal o estatal), la Asistencia económica disponible según esta Política se limita a aquellos cargos por Tratamiento de emergencia y Atención médicamente necesaria por los que el paciente tiene responsabilidad financiera, por ejemplo, copagos, deducibles, medicamentos autoadministrados, etc.
2. ***Elegibilidad basada en los Ingresos brutos del grupo familiar.*** El hospital usará los Ingresos brutos del grupo familiar del paciente comparados con FPG para el tamaño de su Familia directa para determinar si un individuo califica para la Asistencia económica según esta Política.
 - a. ***Ingresos brutos del grupo familiar iguales o por debajo del 200 % de FPG.*** Los solicitantes que tengan Ingresos brutos del grupo familiar iguales o por debajo del 200 % de FPG recibirán Tratamiento de emergencia y Atención médicamente necesaria sin costo alguno.
 - b. ***Circunstancias atenuantes.*** El hospital reconoce que puede haber casos en los que los Ingresos brutos del grupo familiar superan los límites establecidos en las secciones D.2.a y D.2.b, pero los gastos de la Familia directa del paciente también superan sus Ingresos brutos del grupo familiar. Estas circunstancias atenuantes incluyen el fallecimiento reciente de un cónyuge u otro familiar inmediato, una discapacidad reciente, una enfermedad prolongada diagnosticada recientemente o una pérdida de empleo reciente. En tales circunstancias, el paciente puede no estar en condiciones de aceptar ninguna otra carga financiera. Un descuento por Asistencia económica también puede ser apropiado para estas personas. También se tendrá en cuenta el descuento de asistencia para los pacientes que en su solicitud mencionen que, aunque no cumplan las directrices de ingresos, existen dificultades financieras atenuantes debido a obligaciones financieras preexistentes y que presenten pruebas de dichas dificultades. Cualquier Asistencia económica que resulte de tales circunstancias atenuantes quedará a la discreción del Hospital. Las circunstancias atenuantes son poco frecuentes y se limitan a situaciones verificables.
3. ***Cargos limitados para los Pacientes elegibles.*** A los pacientes que reciben asistencia económica no se les puede cobrar más por los mismos servicios que generalmente se facturan a los pacientes asegurados. Los descuentos por Asistencia económica se calculan por separado para cada centro y representan el rendimiento medio de los pagadores mediante la revisión de Medicare y los Pagos comerciales reales y previstos (incluyendo la Parte del paciente) durante el período de doce meses anteriores, como se muestra más detalladamente en el Anexo C.

C. ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS

A las personas que se determine que no son Pacientes elegibles se les procesará según las políticas de facturación y cobro del Hospital. Las personas interesadas pueden obtener una copia gratis de la política de facturación y cobro del Hospital en el Departamento de Cuentas de Pacientes, llamando al (337) 289-7287, de lunes a viernes (de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.). La actividad de cobro se hace según las leyes y normas federales y estatales que rigen los cobros a los pacientes. En ningún caso el Hospital emprenderá Acciones de cobro extraordinarias antes de que el Hospital haya hecho Esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir Asistencia económica según esta Política.

D. OBLIGACIONES DE EMTALA

El Hospital dará, sin excepción, Tratamiento de emergencia a todos los pacientes que busquen dicha atención, independientemente de su capacidad de pago o de calificar para recibir Asistencia económica y según los requisitos de EMTALA. En reconocimiento de sus obligaciones según EMTALA, el Hospital no emprenderá ninguna acción que pueda disuadir a una persona de buscar Tratamiento de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir el Tratamiento de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias o en cualquier otra área del Hospital que pueda interferir con la prestación, sin discriminación, del Tratamiento de emergencia.

E. REVISIÓN DE LA POLÍTICA

El hospital revisará esta Política al menos una vez al año y hará los ajustes necesarios a esta Política para cumplir las leyes federales y estatales aplicables, incluyendo, entre otros, EMTALA y la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.

VI. ADJUNTOS

ANEXO A
ANEXO B
ANEXO C

ANEXO A

La Política de Asistencia económica cubre el Tratamiento de emergencia y la Atención médicamente necesaria en el Hospital por los siguientes médicos y otros proveedores:

Love, Helen NP

ANEXO B

La Política de Asistencia económica **NO** cubre el Tratamiento de emergencia y la Atención médicamente necesaria en el Hospital por los siguientes médicos y otros proveedores:

Abboud, Lucien N., M.D.	DeLoach, Steven R., MD
Abshire, Stephen G., M.D.	Dill, Anne L., FPMHNP
Agarwal, Rajender K., M.D.	Donepudi, Sandhya C., M.D.
Agbanyim, Gabriel N., MD	Drapekin, Brady R., MD
Agrama, Mahmoud T., MD	Dunn, Lauren E., M.D.
Akoghlanian, Garabet, MD	Durel, Jason J., M.D.
Altamirano, John-Mario W., FNP	Edavettal, John M., M.D.
Amin, Amit N., M.D.	Eiser, John W., DO
Antill, Troy W., M.D.	Faul, Rick J., MD
Applicant, Nguyen P., DDS	Faulk, Randall J., MD
Arceri, Caroline E., PMHNP	Figueroa, Glenn R., M.D.
Ausef, Amir H., MD	Fitton, Natalie Y., M.D.
Ayalloore, Siby G., MD	Fontenot, Thomas J., CRNA
Barre, Gregg M., MD	Fremaux, Richard L., M.D.
Beck, Christopher J., M.D.	Gadi, Venkata Satish, MD
Bergeaux, Scott J., MD	Gaglia, Michael A., Jr., MD
Bienvenu-Oubre, Shauna, MD	Gauthier, Vickie L., PMHNP
Bozner, Peter, MD	Gibson, Gina L., PhD
Brooks, Derrick D., MD	Gombos, Zoltan, M.D.
Broussard, Julie G., MD	Grace, David M., MD
Camilo, Osvaldo A., MD	Guedry, Christopher J., M.D.
Cannizzaro, Louis A., M.D.	Guillory, Rachael L., M.D.
Cannon, Stephen R., MD	Guillory, Stephanie S., ANP
Carney, Joel, MD	Gupta, Prashant, MD
Carter, Jacqueline, M.D.	Hanna, Magdy M., M.D.
Chastant, Ryan P., M.D.	Hargrave, Kevin R., MD
Chauffe, Ryan J., DO	Harlin, Daniel C., MD
Cheeran, Bose D., MD	Hartsough, Richard W., M.D.
Chehebar, Daniel M., DO	Hay, Vicky L., ANP
Chokhawala, Himanshu H., MD	Hebert, Stuart C., M.D.
Ciccotto, Giuseppe, M.D.	Hebert-Hunter, Madelyn A., FNP
Coco, Marshall Q., ANP	Herfel, Barbara M., M.D.
Daigle, Megan E., M.D.	Herpich, Byron K., M.D.
Dairo, Dokun, M.D.	Homan, David J., Jr., MD
Dartez, Denny J., M.D.	Homonoff, Mark C., M.D.

Horton, James R., M.D.
Ibrahim, Mian A., MD
Ingraldi, Agostino, MD
Iwuchukwu, Ifeanyi O., MD
Jabbar, Ahmad Y., M.D.
Jackson, Paul M., M.D.
Joseph, Jamie P., M.D.
Karr, Jacob R., M.D.
Kieta, Micki M., CRNA
Lacomb, Amanda M., MD
Lacour, Allen J., MD
LaCour, Keith J., M.D.
Landry, Philip A., MD
Langheinze, Kirk P., M.D.
Lapara, Nicholas J., III, MD
Lavergne, Kyle G., FNP
Lege, Lance, DDS
Lindsay, John K., M.D.
Little, Katherine H., PMHNP
Lodha, Ankur, M.D.
Louviere, Kate M., FPMHNP
Magann, Timothy S., MD
Manalac, Janet, MD
Manthana, Himani Reddy, MD
Marcantel, Kara B., MD
Mawri, Sagger H., M.D.
May, Wade B., MD
Mayers, Scott D., MD
McGee, Jodi, MD
McGrade, Harold C., M.D.
Meaux, Tiffany L., PMHNP
Meche, Jedediah D., FNP
Melvin, Ross R., DO
Menuet, Lisa M., M.D.
Menuet, Robert L., II, MD
Mogabgab, Owen N., M.D.
Montet, Marcus A., FNP
Moses, Donald G., MD
Moussaoui, Asma, M.D.
Mullen, William C., M.D.
Nagendran, Krishna, M.D.
Nair, Pradeep K., MD
Noel, Phillip E., MD
Novak, Christopher E., M.D.
O'Neal, Kenneth, MD
Okotie, Fidelis A., MD
Ovella, Ty A., MD
Owens, Justin M., M.D.
Paris, Christopher L., MD
Park, Sea Mi, MD
Patel, Jigar N., M.D.
Patel, Rajiv A., M.D.
Patterson, Damon E., M.D.
Pelafigue, Abigail T., FNP
Perdigao, Ana Maria, M.D.
Perdigao, Joseph A., M.D.
Pilgrim, Randal L., MD
Piper, David L., MD
Prasad, Smita R., MD
Rahman, Riaz R., M.D.
Rao, Ashwin P., M.D.
Rastogi, Ujjwal, M.D.
Reynolds, Randalla T., FNP
Richard, Trevor C., MD
Ruiz, Fernando J., M.D.
Rupley, Daniel G., M.D.
Saad, Marc N., M.D.
Saenz, Rodrigo E., M.D.
Safavi, Kurosh A., M.D.
Saleh, Omar M., M.D.
Salvaggio, Louis A., M.D.
Santiago, Jose A., Jr., M.D.
Schulze, Eric S., M.D.
Sfondouris, John L., M.D.
Showalter, Josh A., M.D.
Simpson, Stephen R., M.D.
Skirlis-Zavala, Kondilo D., MD
Solet, Darrell J., M.D.
Spears, Katherine P., FPMHNP
Srivastava, Mohit, M.D.

Stone, Andrew M., MD
Tadin, David M., M.D.
Talahma, Murad M., M.D.
Tan, Kenneth T., M.D.
Tarsia, Joseph, III, M.D.
Trahan, Maxie A., MD
Valentin, Gardy, MD
Vanderbrook, Richard C., Jr., MD
Vargas Estrada, Andres M., M.D.
Vidal, Gabriel A., MD
Villanueva, Juanito S., Jr., M.D.
Vincent, Chad A., MD
West, Donald W., M.D.
Whitehead, Clarence M., III, MD
Wong McKinstry, Edna, MD
Wyble, Keiffer B., AGACNP
Yellin, Joshua H., M.D.
Yoselevitz, Moises, M.D.
Zweifler, Richard M., MD

ANEXO C

Cantidades generalmente facturadas

Centro	Tasa de descuento calculada
Ochsner Abrom Kaplan Memorial Hospital	55%