



SERVICE RESPONSABLE : Cycle des revenus (Revenue Cycle)		OBJET : Aide financière
NOMBRE DE PAGES : 9		REMPLACE LA POLITIQUE (NUMÉRO/DATE) : Toutes les précédentes politiques de bienfaisance dans tous les hôpitaux du FMOLHS FIN.04.29 FIN.04.29b
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR INITIALE : 06/2013	RÉVISIONS EN VIGUEUR : 01/09/2024	NUMÉRO DE POLITIQUE : REV.10.001

CHAMP D'APPLICATION :

S'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par les entités du Franciscan Missionaries of Our Lady Health System (FMOLHS), y compris tous les soins de ce type fournis dans les établissements hospitaliers du FMOLHS et les entités liées (collectivement, « FMOLHS »), notamment :

- Our Lady of the Lake Hospital
- Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
- St. Dominic-Jackson Memorial Hospital
- St. Francis Medical Center
- Our Lady of the Angels Hospital
- Assumption Community Hospital
- Pharmacies de détail et spécialisées

OBJECTIF :

Cette politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, FAP) a pour objectif de préciser :

- les critères d'admissibilité à l'aide financière sous forme de soins gratuits et d'aide au copaiement ;
- comment demander une aide financière ;
- comment le FMOLHS calcule les montants facturés aux patients ;
- comment la FAP est largement diffusée au sein de la communauté desservie par l'hôpital, les cliniques et les pharmacies ;
- Les mesures que le FMOLHS peut prendre en cas de non-paiement ;
- la conformité aux lois et règlements fédéraux et étatiques en vigueur.

POLITIQUE :

Le FMOLHS s'engage à fournir une aide financière aux personnes **non ou insuffisamment assurées** ayant des besoins médicaux, afin qu'elles puissent recevoir des soins d'urgence et médicalement nécessaires, en fonction de leur situation financière individuelle. Le FMOLHS s'efforce de faire en sorte que la capacité financière des personnes qui ont besoin de services médicaux ne les empêche pas de chercher ou de recevoir ces soins.

DÉFINITIONS :

Programme 340B : programme créé en vertu de l'article 340B de la loi sur le service de santé publique (Public Health Service Act), qui permet à certains prestataires de soins pour les plus démunis d'acheter des médicaments couverts à des prix substantiellement réduits.

Indemnité contractuelle : la différence entre le niveau de paiement établi en vertu d'un accord contractuel avec un tiers payeur et les frais bruts du patient.

Mesures de recouvrement extraordinaires (Extraordinary Collection Actions, ECA) : des ECA s'appliquent lorsque le FMOLHS a une incidence sur les rapports de solvabilité ou lance des processus juridiques tels que des privilèges, des saisies immobilières, des comptes bancaires ou des biens personnels, des saisies-arêts sur salaire et/ou des arrestations. Les ECA ne comprennent pas l'appel des patients pour soldes ouverts, l'envoi de relevés, ou le dépôt d'une plainte dans une procédure de faillite.

Soins d'urgence : le patient a besoin d'une intervention médicale immédiate en raison d'un état grave, mettant sa vie en danger, ou potentiellement invalidant. En général, le patient est vu et/ou admis par les urgences. Voir la section 1867 de la loi sur la Sécurité Sociale (Social Security Act, 42 U.S.C. 1395dd).

Aide financière : l'aide financière est définie comme des services médicaux fournis gratuitement (ou à prix réduit) aux patients non ou insuffisamment assurés et incapables de payer en fonction de leur niveau de revenu (selon les directives fédérales sur la pauvreté [Federal Poverty Guidelines] du Département de la santé et des services sociaux [Department of Health and Human Services, HHS] des États-Unis), d'une analyse financière, d'indicateurs démographiques et/ou de besoins supplémentaires en matière de santé fondés sur un diagnostic. L'aide financière ne comprend pas : les indemnités contractuelles des programmes gouvernementaux et les indemnités contractuelles des assurances.

Famille : selon la définition du Bureau du recensement (Census Bureau) des États-Unis, un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption.

Revenu familial : selon les directives du Bureau du recensement des États-Unis, les éléments suivants entrent dans le calcul du revenu familial :

- sont inclus les gains, les indemnités de chômage, les indemnités pour accident du travail, la Sécurité sociale, le revenu complémentaire de sécurité (Supplemental Security Income), l'assistance publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations aux survivants, les revenus de pension ou de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus de successions, les fiducies, l'aide à l'éducation, les prestations compensatoires, les pensions alimentaires, l'aide provenant de l'extérieur du foyer et d'autres sources diverses ;
- est calculé avant impôt ;
- sont inclus les revenus de tous les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus (les personnes non apparentées, comme les colocataires, ne sont pas prises en compte) ;
- pour les personnes à charge qui vivent hors du foyer, le revenu familial comprend le revenu de la personne à charge, ainsi que le revenu de celle qui déclare la personne à charge dans sa déclaration d'impôt ;
- le revenu familial comprend également les ressources ou les biens qui sont facilement convertibles en espèces, notamment les comptes chèques, les comptes d'épargne, les actions, les obligations, les certificats de dépôt et les espèces. Les plans IRA et 401K sont exclus jusqu'à retrait de l'argent.

Directives fédérales sur la pauvreté : une simplification des seuils de pauvreté du Bureau du recensement des États-Unis utilisée à des fins administratives telles que la détermination de l'admissibilité financière. Chaque année, le Département de la santé et des services sociaux des États-Unis (HHS) publie les directives dans le Federal Register.

Frais bruts : le coût total de la prestation des services de soins aux patients au plein tarif établi par le FMOLHS, avant l'application des déductions.

Indigence à l'égard de Medicaid : les patients qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de Medicaid, mais qui sont présumés indigents parce qu'ils remplissent les conditions requises pour bénéficier des programmes d'État à prestations limitées ; et les patients qui bénéficient d'une protection Medicaid par l'intermédiaire d'un État non contractant.

Soins médicalement nécessaires : traitement médical approprié et nécessaire pour le traitement des symptômes présentés, tel que défini par Medicare et les tiers payeurs.

Aide financière présumée : aide accordée sur la base d'un système de notation, pour les patients non ou insuffisamment assurés. La présence d'un formulaire financier dans le dossier n'est pas nécessaire pour l'approbation de l'aide financière présumée.

Patient non assuré : personne recevant des services médicaux n'ayant pas d'assurance maladie et ne pouvant bénéficier d'aucun programme d'État ou fédéral.

Patient insuffisamment assuré : une personne à faible revenu qui bénéficie d'une assurance maladie privée. Toutefois, cela ne s'applique pas lorsque la protection tierce ne fournit pas de protection dans un établissement du FMOLHS.

PROCÉDURE *telle que mise en œuvre le 1^{er} octobre 2023 :*

- A. Afin de **déterminer** si une personne est **admissible** à l'aide financière, **elle doit déposer une demande** d'aide financière. Cette FAP décrit comment déposer une demande, et précise les critères d'admissibilité qu'une personne doit remplir pour recevoir une aide financière. Les informations et les **documents à fournir** dans le cadre de cette demande sont également indiqués dans la FAP.
- B. La présente FAP **s'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par les entités** du FMOLHS pour le diagnostic et le traitement de maladies ou de blessures. Le FMOLHS déterminera si un service non urgent constitue un soin médicalement nécessaire admissible à l'aide financière. Les services spécifiquement **exclus** de l'admissibilité à l'aide financière comprennent notamment :
- a. les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, notamment :
 - i. les interventions esthétiques, telles que l'augmentation mammaire, l'abdominoplastie, les injections de Botox, la blépharoplastie, les peelings chimiques, l'élimination des taches cutanées, les produits de comblement dermique, la sclérothérapie et les traitements dermatologiques au laser,
 - ii. les soins dentaires esthétiques,
 - iii. la chirurgie bariatrique,
 - iv. la circoncision (sauf si elle est médicalement nécessaire),
 - v. les tests génétiques,
 - vi. le traitement hormonal substitutif,
 - vii. la thérapie Stretta ;
 - b. les éléments personnels fournis pendant un séjour hospitalier, tels que plateaux invités ou chambres privées non médicalement nécessaires ;
 - c. les accidents de véhicules à moteur pour lesquels la responsabilité d'un tiers est engagée pour le paiement des frais d'hospitalisation (par exemple, ceux impliquant des patients sans assurance maladie).
- C. Les **services professionnels** fournis par des médecins traitants, assistants médicaux ou cliniciens en pratique avancée ne faisant pas partie du FMOLHS au service des urgences peuvent être couverts ou non par cette FAP. Une liste des prestataires qui dispensent des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires dans l'établissement hospitalier est conservée dans un document distinct de la FAP. Elle est disponible sur demande. Les patients peuvent demander à en recevoir gratuitement un exemplaire papier en appelant le numéro de téléphone principal de l'hôpital et en demandant le service de conseil financier (Financial Counseling) de Our Lady of the Lake et le service des admissions dans tous les autres hôpitaux. Une liste des adresses physiques et des numéros de téléphone se trouve à l'**Addenda A** de cette politique.
- D. Si un patient a des **possibilités de paiement** comme, par exemple, une assurance maladie ou le produit d'un règlement avec un tiers, il peut ne pas avoir droit à une aide financière.
- E. L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les **patients sont tenus de coopérer** avec les procédures du FMOLHS pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de paiement, **et de contribuer** au coût de leurs soins en fonction de leur capacité individuelle à payer. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie doivent être encouragées à le faire.
- F. Si une personne demandant à bénéficier de la FAP est ou peut être admissible à des fonds provenant de programmes locaux, étatiques ou fédéraux qui prennent en charge une partie ou la totalité des coûts des services médicaux, cette personne est censée faire une demande pour ces programmes avant que son admissibilité soit déterminée dans le cadre de cette FAP. L'aide financière est généralement le **payeur de dernier recours** par rapport à toutes les autres ressources financières dont dispose le patient, notamment : l'assurance ; les programmes gouvernementaux, tels que les prestations pour les anciens combattants (Veterans

Administration, VA), Medicare et Medicaid ; la responsabilité civile ; et les biens personnels, notamment les liquidités existantes. Le FMOLHS aidera les personnes à s'inscrire aux programmes gouvernementaux.

- G. Le FMOLHS ne refusera pas d'accorder une aide financière en vertu de la présente FAP pour le motif que le demandeur a omis de fournir des renseignements ou des documents que le FMOLHS ne précise pas dans la présente FAP ou dans le formulaire de demande de la FAP. Le FMOLHS informera par écrit la personne de la décision concernant son admissibilité à la présente FAP et du fondement de cette décision.
- H. Les documents relatifs à l'aide financière obtenus des patients seront sécurisés ; l'accès à ces documents sera limité au personnel du FMOLHS essentiel au processus d'aide financière.
- I. Les mesures que le FMOLHS peut prendre en cas de non-paiement sont décrites de manière générale dans la présente FAP. **Le FMOLHS fera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide en vertu de la présente FAP avant d'entreprendre une mesure de recouvrement extraordinaire (ECA).** Une fois l'admissibilité déterminée, une personne admissible à la FAP ne sera pas facturée plus cher pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) aux personnes dont l'assurance prend ces soins en charge.
- J. Les **AGB** sont calculés une fois par an pour chaque hôpital ou entité du FMOLHS. Tout changement nécessaire sera mis en œuvre dans les 120 jours suivant le calcul. Le FMOLHS limitera les montants qu'il facture pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux personnes admissibles à l'aide financière aux montants moyens généralement facturés aux patients assurés commercialement et aux patients Medicare. Les AGB sont déterminés en multipliant les frais bruts pour les soins admissibles par un pourcentage des AGB. Ce pourcentage est fondé sur l'ensemble des demandes de remboursement acceptées par Medicare et les assureurs de santé privés sur une période de 12 mois, divisé par les frais bruts associés à ces demandes. Un exemplaire écrit du pourcentage des AGB actuellement utilisé est disponible gratuitement sur simple appel téléphonique au numéro figurant à l'Addenda A pour l'entité FMOLH concernée.
- K. La **notification** des programmes d'aide financière du FMOLHS sera diffusée par divers moyens, pouvant inclure, mais sans s'y limiter la publication d'avis sur les factures des patients et l'affichage d'avis aux urgences et dans les zones d'admission, ainsi que dans d'autres lieux publics que le FMOLHS peut choisir. De même, le FMOLHS publie et diffuse largement sur les sites internet de ses établissements les éléments suivants : la présente politique d'aide financière, un résumé en langage clair de cette politique et le formulaire de demande d'aide financière. Ces documents sont fournis dans les principales langues parlées par les populations à compétence limitée en anglais desservies par chaque hôpital du FMOLHS. Un exemplaire papier de ces documents sera remis aux patients aux urgences et dans les autres zones d'admission sur demande et par courrier.
- L. La direction et les établissements du FMOLHS doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique.

I. PROCESSUS DE DEMANDE

- A. Pour déterminer si une personne est admissible à une aide financière, elle doit remplir, signer et envoyer une demande d'aide financière, ainsi que les documents nécessaires mentionnés dans la présente politique. Des formulaires de demande sont disponibles dans tous les services des admissions et sur le site internet de chaque hôpital. La liste des sites internet, des adresses physiques et des numéros de téléphone de chaque établissement hospitalier figure à l'**Addenda A**. Les instructions pour renvoyer le formulaire rempli sont détaillées dans la demande d'aide financière. Les patients du FHP peuvent déposer leur demande auprès de l'hôpital FMOLHS le plus proche.
- B. La disponibilité d'une aide financière sera communiquée aux patients lors de leur admission ou de leur sortie. Des conseillers financiers procéderont à une sélection des patients intéressés et les aideront à remplir la demande d'aide financière. Ces conseillers sont présents à l'hôpital, dans le service des admissions, pour vous aider à remplir le formulaire ou pour répondre à toute question relative à cette FAP. Pour trouver le service des

admissions de chaque hôpital, il suffit de suivre la signalisation clairement indiquée dans les allées publiques de l'hôpital. Les adresses des hôpitaux figurent à l'**Addenda A**.

- C. Le patient ou son garant sont tenus de fournir des documents personnels, financiers et autres permettant de déterminer les besoins financiers **dans les trente (30) jours** suivant la demande d'aide. Le demandeur doit fournir les informations demandées pour le patient, son conjoint, les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge figurant sur la même déclaration de revenus. **Les demandes ne remplissant pas ces conditions peuvent être retournées au demandeur ou considérées comme refusées.**
- D. Une personne non assurée qui ne fournit pas les informations nécessaires à une évaluation précise sera présumée être en mesure de payer la totalité des frais pour les services rendus et devra payer un dépôt égal aux frais bruts multipliés par le pourcentage des AGB qui s'applique à l'entité dans laquelle les services seront rendus ou reportés (dans les cas non urgents uniquement). Si la personne non assurée a commencé le processus d'aide financière sans le terminer, elle devra payer un **dépôt standard** non remboursable (voir l'**Addenda B** pour les dépôts standard) ou fera l'objet d'un report lorsqu'un dépôt peut être payé ou que des informations peuvent être fournies pour remplir la demande de FAP (dans les cas non urgents). REMARQUE : Concernant les services rendus dans les cliniques médicales de praticiens, un dépôt égal au pourcentage des AGB multiplié par les frais bruts sera utilisé à la place du dépôt standard.
- E. Bien qu'une demande puisse être refusée si elle n'a pas été déposée dans les 30 jours, elle sera rouverte et réexaminée si le patient nous contacte et demande un réexamen dans les 240 jours suivant la facturation après sa sortie de l'hôpital.

II. DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE

- A. L'aide financière sera déterminée conformément aux procédures qui impliquent une **évaluation individuelle des besoins financiers** et peut :
 - a. inclure l'utilisation de sources de données externes accessibles au public qui fournissent des informations sur la capacité de paiement d'un patient ou de son garant (notamment l'évaluation de solvabilité) ;
 - b. inclure des efforts raisonnables de la part du FMOLHS pour explorer des sources alternatives appropriées de paiement et de prise en charge des programmes de paiement publics et privés, et pour aider les patients à s'inscrire à de tels programmes ;
 - c. tenir compte des actifs disponibles du patient, et de toutes les autres ressources financières dont il dispose.
- B. **Une vérification des revenus est nécessaire** pour toute demande d'aide financière. Les documents suivants doivent être fournis :
 - a. une demande d'aide financière remplie ;
 - b. une pièce d'identité avec photo ou une pièce d'identité légale ;
 - c. les déclarations de revenus les plus récentes du patient/garant, des membres de la famille vivant au domicile et des personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus du patient/garant (si le patient/garant n'est pas tenu de déclarer ses impôts fédéraux en raison d'un faible revenu ou de l'absence de revenu, une déclaration de l'IRS est nécessaire) ;
 - d. un justificatif de revenus du patient/garant, des membres de la famille vivant au domicile et des personnes à charge figurant sur la déclaration d'impôts du patient/garant :
 - i. pour les personnes salariées : les 3 derniers bulletins de salaire, les relevés bancaires des 3 derniers mois, les derniers formulaires W-2 disponibles,
 - ii. pour les personnes non salariées : la déclaration mensuelle de revenus de l'activité non salariée ou une copie du grand livre de l'entreprise/résumé du compte chèque de l'entreprise,
 - iii. pour les personnes sans emploi : une copie des informations sur les prestations d'invalidité de la Sécurité Sociale, les autres revenus/prestations de la Sécurité sociale, le formulaire 1099R, la pension, l'assistance publique, les indemnités pour accident du travail, les fonds fiduciaires, le chômage, la pension militaire, la pension alimentaire et la prestation compensatoire, les chèques d'assistance publique, les chèques de retraite et/ou la déclaration notariée de soutien.
- C. Les demandes d'aide financière sont traitées rapidement, et le FMOLHS **informe le patient ou le demandeur par écrit dans les 30 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie.**

- D. L'annulation de la dette liée à l'aide financière sera effective à la **date du service pour lequel la demande d'aide financière a été faite** et pour les dates de service ultérieures au cours des six mois suivants.
REMARQUE : Pour chaque épisode de soins, une vérification sera effectuée afin de déterminer si le patient est toujours sans assurance.
- E. Les patients doivent **déposer une nouvelle demande** d'aide financière après la période de six mois pour laquelle la demande initiale a été approuvée.

III. ADMISSIBILITÉ ET MONTANT DE L'ANNULATION :

L'admissibilité à l'annulation de la dette est déterminée en fonction du nombre de personnes composant le foyer et du revenu familial annuel en pourcentage du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL). Le FMOLHS applique les directives fédérales sur la pauvreté qui sont mises à jour et publiées chaque année par le Département de la santé et des services sociaux des États-Unis dans le *Federal Register*. Les informations les plus récentes sont disponibles sur ce site internet : <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

- A. Les patients non assurés dont le revenu familial est **inférieur ou égal à 275 %** du FPL pourront être admissibles à :
- a. une annulation totale de tous les frais d'hospitalisation, à l'exclusion de tout dépôt standard précédemment payé, s'ils répondent aux autres critères d'admissibilité définis dans la FAP ;
 - b. une réduction du prix des ordonnances s'ils sont admissibles au programme 340B.
- B. Les patients non assurés dont le revenu familial **dépasse 275 %** du FPL peuvent être admissibles à :
- a. une assistance médicale **de type catastrophique**, en fonction de leur situation financière particulière (Si les factures médicales du patient pour les 12 mois précédant immédiatement le traitement sont supérieures ou égales à vingt pour cent [20 %] de son revenu familial annuel, le patient peut bénéficier d'une aide financière sous forme de remise. Cette remise sera appliquée de telle sorte que le montant dû par le patient soit égal à 10 % du montant du revenu familial annuel.) ;
 - b. une réduction du prix des ordonnances s'ils sont admissibles au programme 340B.
- C. L'admissibilité des patients insuffisamment assurés sera déterminée en fonction de critères de présomption (voir ci-dessous).

IV. AIDE FINANCIÈRE PRÉSUMÉE

- A. Il y a présomption d'admissibilité à une aide financière lorsque le FMOLHS utilise des renseignements autres que ceux fournis par la personne pour déterminer son admissibilité à des soins gratuits.
- Les non assurés feront l'objet d'une annulation totale.
 - Les soldes restants seront ajustés pour les patients insuffisamment assurés.
- B. Une aide financière présomptive peut être accordée au moyen d'un modèle de notation de l'aide financière. Celui-ci est similaire au système de solvabilité et produit par un fournisseur approuvé par le FMOLHS. Seuls les comptes dont le score est inférieur au minimum fixé par le système de notation seront pris en considération pour une aide financière présumée.
- C. Les patients non assurés qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie ou d'une autre source de paiement par un tiers et qui ne remplissent pas les conditions présumées pour bénéficier d'un ajustement à 100 % bénéficieront d'une réduction pour non-assurés.

V. INDIGENCE À L'ÉGARD DE MEDICAID

Les patients qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de Medicaid, mais qui remplissent les conditions requises pour bénéficier des programmes d'État à prestations limitées, seront présumés indigents et le solde de leur compte sera ajusté en conséquence. Il s'agit par exemple des programmes de prescription financés par l'État, de LACHIP, des programmes de coupons alimentaires de l'État, de Medicaid Spend-Down et d'autres programmes Medicaid à prestations limitées. Les patients qui bénéficient d'une couverture Medicaid par l'intermédiaire d'un État non contractant peuvent également bénéficier de l'ajustement pour indigence de Medicaid.

Remarque : *Les informations décrites ici ne créent aucun droit légal et FMOLHS se réserve le droit de s'écarter de cette politique, de la réviser ou de l'éliminer à tout moment, à sa seule discrétion.*

AUTORITÉ STATUTAIRE/RÉGLEMENTAIRE (y compris les références) :

S.O.

ANNEXES :

- Addenda A : Liste des sites internet et des numéros de téléphone du FMOLHS
- Addenda B : Dépôts standard

Supervision des politiques par :

Vice-président du cycle des revenus

ADDENDA A. Liste des sites internet, des adresses physiques et des numéros de téléphone du FMOLHS
--

Hôpital	Site internet	Emplacement du service des admissions	Numéro de téléphone
Our Lady of the Lake Hospital	www.ololrmc.com/financialassistance	5000 Hennessy Blvd Baton Rouge, LA 70808	(225) 765 7921 (800) 327 3284
Our Lady of Lourdes Regional Medical Center	www.lourdesrmc.com/financialassistance	4801 Ambassador Caffery Lafayette, LA 70508	(337) 470 2000
St. Dominic-Jackson Mem. Hosp.	www.stdom.com/financialassistance	969 Lakeland Drive Jackson, MS 39216	(601) 200 2000
St. Francis Medical Center	www.stfran.com/financialassistance	309 Jackson Street Monroe, LA 71201	(318) 966 4000
Our Lady of the Angels Hospital	www.oloah.org/financialassistance	433 Plaza Street Bogalusa, LA 70427	(985) 730 6700
Assumption Community Hospital	www.ololrmc.com/financialassistance	135 Highway 402 Napoleonville, LA 70390	(985) 369 3600

REMARQUE : Veuillez ne pas utiliser l'adresse ci-dessus pour envoyer vos demandes d'aide financière.
L'adresse correcte figure sur le formulaire de demande lui-même.

ADDENDA B. Dépôts standard

Hôpital	Dépôt standard pour intervention chirurgicale	Dépôt standard pour radiologie	Dépôt standard pour tous les autres services
Our Lady of the Lake Hospital	200 \$	10 \$	10 \$
Our Lady of Lourdes Regional Medical Center	200 \$	25 \$	25 \$
St. Dominic-Jackson Memorial Hospital	200 \$	25 \$	25 \$
St. Francis Medical Center	200 \$	25 \$	25 \$
Our Lady of the Angels Hospital	200 \$	25 \$	25 \$
Assumption Community Hospital	S.O.	10 \$	10 \$