



| | |
|---|--------------------------------------|
| Politica di sostegno finanziario | PFS-053 |
| Gestione del ciclo dei ricavi, Penn State Health | In vigore da Febbraio 2024 |

AMBITO DI APPLICAZIONE *Il documento è applicabile al personale e alle procedure relative ai seguenti settori del Penn State Health:*

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Penn State Health Shared Services | <input type="checkbox"/> | Penn State College of Medicine |
| <input type="checkbox"/> | Milton S. Hershey Medical Center | <input type="checkbox"/> | Medical Group – Academic Practice Division |
| <input checked="" type="checkbox"/> | St. Joseph Medical Center | <input type="checkbox"/> | Medical Group - Community Practice Division |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Holy Spirit Medical Center | <input type="checkbox"/> | Spirit Physician Services, Inc. |
| <input type="checkbox"/> | Hampden Medical Center | <input type="checkbox"/> | Penn State Health Life Lion, LLC |
| <input type="checkbox"/> | Lancaster Medical Center | <input type="checkbox"/> | Pennsylvania Psychiatric Institute - dal 12/2023 |

DICHIARAZIONI SULLA POLITICA E SULLE PROCEDURE

Definire i criteri in base ai quali viene richiesto e approvato il sostegno finanziario a favore dei pazienti in possesso dei requisiti che ricevono cure necessarie dal punto di vista medico o trattamenti di emergenza da un operatore sanitario o una struttura sanitaria convenzionata in linea con la mission di Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH SJMC) e Holy Spirit Health System. (PSH HSHS).

Nell’Allegato A sono elencati gli operatori e i servizi sanitari soggetti a copertura o non soggetti a copertura ai sensi della presente politica di sostegno finanziario.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutto il personale che può avere contatti con un paziente che si trova in difficoltà dal punto di vista finanziario.

DEFINIZIONI

Importo generalmente addebitato (Amount Generally Billed, AGB): l’AGB, o limitazione degli oneri lordi, viene calcolato da PSH in base a una metodologia di riferimento retroattivo conforme alla norma finale 501R dell’IRS. PSH utilizzerà tale metodologia per calcolare l’importo medio di tutte le richieste di indennizzo liquidate da compagnie assicurative sanitarie private e da Medicare. I pazienti in possesso dei requisiti non saranno tenuti a sostenere altre spese oltre agli importi generalmente addebitati per le cure di emergenza o per le cure necessarie dal punto di vista medico. PSH metterà a disposizione gratuitamente una copia cartacea del calcolo corrente dell’AGB ai pazienti che ne faranno richiesta. Questo non deve essere confuso con lo sconto dell’assistenza sanitaria gratuita (sostegno finanziario) applicato al 100% nel caso in cui al richiedente venga approvata la politica di sostegno finanziario (FAP).

Fatturazione del saldo - fatture “a sorpresa”: conformemente alla legislazione federale (legge sul divieto di emissione di fatture impreviste, No Surprises Act), Penn State Health si impegna a

tutelare i pazienti dall'addebito di fatture "a sorpresa" che verrebbero emesse nel caso in cui la struttura o l'operatore sanitario Penn State Health, da cui ricevono le cure, non sia convenzionato con il loro piano sanitario. Se un operatore sanitario o una struttura non convenzionata addebita al paziente la differenza tra l'importo concordato dall'assicurazione sanitaria e il costo totale della prestazione fornita, si parla di "fatturazione del saldo". Le "fatture a sorpresa" sono fatture a saldo non previste. La No Surprises Act tutela i pazienti dal ricevere fatture più alte quando vengono visitati per cure di emergenza da un operatore sanitario o una struttura non convenzionata o quando un operatore sanitario non convenzionato cura il paziente in un ospedale convenzionato. Se una struttura o un operatore sanitario Penn State Health non è convenzionato, Penn State Health non addebiterà alcuna fattura a saldo per le prestazioni coperte in emergenza o in post-stabilizzazione.

Beni quantificabili: si intendono tutti i beni considerati disponibili per il pagamento dei debiti per prestazioni sanitarie, ad esempio disponibilità liquide/conti correnti, certificati di deposito, obbligazioni, azioni, fondi di investimento o prestazioni pensionistiche. Definiti nel Bollettino di assistenza medica (Medical Assistance Bulletin) del Dipartimento per i servizi sanitari (Department of Health Services, DHS), nel programma per le cure ospedaliere non remunerate (Hospital Uncompensated Care) e nei piani di assistenza a titolo gratuito, i beni quantificabili non includono i beni non liquidi, come case, automobili, articoli per la casa. I fondi pensione come i conti 401k, IRA o le rendite differite sono esclusi dai beni liquidi.

Trattamento di emergenza: cure offerte a un paziente che presenta un quadro clinico di emergenza, definito come segue.

- Quadro clinico che si presenta con sintomi acuti (ad esempio, dolore intenso, disturbi psichiatrici e/o sintomi da abuso di sostanze, ecc.) di gravità tale da far ritenere che in assenza di un intervento medico immediato potrebbe presentarsi una delle seguenti eventualità:
 - grave rischio per la salute del paziente (o, nel caso di una donna in gravidanza, per la salute della donna o del nascituro); o
 - grave compromissione delle funzioni fisiche; o
 - grave disfunzione di un organo o di una parte del corpo;
 - per una donna in gravidanza con contrazioni in corso, mancanza del tempo necessario per effettuare un trasferimento in sicurezza presso un altro ospedale prima del parto o grave rischio per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro in caso di trasferimento.

Fasce di reddito federali considerate sotto la soglia di povertà: sono pubblicate ogni anno, nel mese di gennaio, dal Dipartimento per la salute e l'assistenza ai cittadini (Department of Health and Human Services, DHHS) all'interno del Registro federale. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Sostegno finanziario: si intende l'idoneità a ricevere cure a titolo gratuito o a costi ridotti. I pazienti assicurati e non assicurati che ricevono cure necessarie dal punto di vista medico, ma non sono in possesso dei requisiti necessari per una copertura statale o da parte di una compagnia assicurativa e il cui reddito familiare è pari o inferiore al 300% della soglia di povertà federale degli Stati Uniti, possono accedere alle cure gratuite in base alla presente politica.

Servizi necessari dal punto di vista medico: si intendono i servizi di assistenza sanitaria che un medico, a seguito di una valutazione clinica accurata, decide di offrire a un paziente allo scopo di prevenire, valutare, diagnosticare o trattare una patologia, una lesione, una malattia o i suoi sintomi, e che siano:

- Conformi agli standard medici generalmente accettati.
 - In questo ambito, per “standard medici generalmente accettati” si intendono quei protocolli basati su prove scientifiche credibili pubblicate nella letteratura medica in peer-review e generalmente riconosciute dalla comunità medica o comunque coerenti con gli standard definiti in merito alle valutazioni cliniche.
- Clinicamente appropriati, in termini di tipologia, frequenza, portata, posizione e durata, e considerati efficaci per la patologia, la lesione o la malattia del paziente.
- Non finalizzati principalmente alla praticità per il paziente, il medico o un altro operatore sanitario, e non più costosi di un servizio o di una serie di servizi alternativi che possano produrre risultati terapeutici o diagnostici almeno equivalenti nella diagnosi o nel trattamento della patologia, della lesione o della malattia del paziente.
- I servizi, le prestazioni o le procedure considerati di ricerca o sperimentali saranno valutati caso per caso.
- Cure mediche necessarie per una condizione di emergenza.
- PSH-SJMC e PSH-HSHS si attengono alle *Direttive etiche e religiose in materia di servizi di assistenza sanitaria forniti da istituzioni cattoliche (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)*.

Sostegno finanziario presuntivo: si fa riferimento a un soggetto presumibilmente ritenuto indigente e idoneo a ricevere il sostegno finanziario, quando da parte del paziente o attraverso sistemi tecnologici vengono fornite informazioni tali da permettere a PSH di stabilire che il paziente è idoneo a ricevere il sostegno finanziario. Tra i sistemi tecnologici sono inclusi i portali Web protetti per la verifica dei requisiti e l'idoneità a ricevere l'assistenza medica come, a titolo di esempio, Compass e NaviNet. Tra i fattori a sostegno dell'assistenza gratuita presuntiva sono inclusi, ad esempio, ma non a titolo esaustivo, la mancanza di fissa dimora, l'assenza totale di reddito, l'idoneità a partecipare a programmi per la maternità e l'infanzia (Women, Infants and Children, WIC), l'idoneità a usufruire di buoni spesa per alimenti, l'alloggio in case popolari indicato come indirizzo valido, il decesso di pazienti senza patrimoni riconosciuti o l'idoneità a partecipare a programmi per la prescrizione di farmaci finanziati dallo stato.

Paziente non assicurato: si intende un soggetto che non riceve una copertura per l'assistenza sanitaria da parte di una qualsiasi compagnia assicurativa terza, né partecipa a un piano relativo alla Legge sulla sicurezza dei redditi da pensione dei dipendenti (ERISA), un programma di assistenza sanitaria federale (come il sistema federale o statale Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP o Tricare), che non riceve sussidi per infortuni sul lavoro, che non ha conti di risparmio sanitario (Medical Savings Accounts) o altre forme di copertura per una parte o per l'intero importo delle spese. I pazienti che hanno esaurito la propria copertura assicurativa sanitaria o che hanno servizi non coperti come indicato nella propria polizza assicurativa non saranno considerati “non assicurati”.

DICHIARAZIONI SULLA POLITICA E/O SULLE PROCEDURE

AVVISO:

- La presente Politica di sostegno finanziario (Financial Assistance Policy, FAP), il modulo di richiesta di sostegno finanziario e un riepilogo scritto in forma semplificata saranno resi disponibili al pubblico su richiesta.
- I resoconti delle spese dei pazienti conterranno le informazioni riguardanti la disponibilità di sostegno finanziario.
- L'avviso della disponibilità di questo programma sarà affisso nelle aree di registrazione dei pazienti all'interno dell'ospedale e delle cliniche e pubblicato sul sito web PSH.
- La politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in tutte le sedi delle cliniche per pazienti ambulatoriali.
- Se la lingua principale di una qualsiasi popolazione costituisce il valore più basso tra 1.000 e il 5% della comunità servita, il FAP sarà reso disponibile in quella lingua.
- La Politica e il modulo di richiesta di sostegno finanziario saranno disponibili in occasione di ogni evento di sensibilizzazione per le comunità a cui parteciperà PSH.
- Regola dei 120 e dei 240 giorni: una struttura ospedaliera è tenuta a fornire ai pazienti informazioni sulla FAP entro 120 giorni e ad evadere una richiesta presentata dagli stessi entro 240 giorni. PSH invierà una serie di comunicazioni durante un periodo minimo di 120 giorni dalla data del primo resoconto delle spese. La struttura ospedaliera non potrà avviare azioni straordinarie di riscossione coattiva (extraordinary collection actions, ECA) nei confronti di un paziente di cui non sia stata determinata l'idoneità alla FAP entro 120 giorni dal primo resoconto di spesa successivo alla dimissione.
- Penn State Health rispetta i requisiti di fatturazione e riscossione stabiliti dalla normativa 501R.
- Se del caso, PSH si conformerà alla No Surprises Act.

CRITERI DI IDONEITÀ:

- Il sostegno finanziario è approvato in base al reddito familiare, secondo le linee guida riportate di seguito. I pazienti in possesso di tali requisiti saranno ritenuti idonei a ricevere assistenza gratuita al 100% per i servizi necessari dal punto di vista medico. PSH non addebiterà ai pazienti non assicurati in possesso o meno dei requisiti per la richiesta di sostegno finanziario altre spese oltre gli importi generalmente addebitati per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico.

| N. comp. nucleo familiare | Reddito lordo | Sconto |
|---------------------------|---------------|--------|
| 1 | \$45.180,00 | 100% |
| 2 | \$61.320,00 | 100% |
| 3 | \$77.460,00 | 100% |
| 4 | \$93.600,00 | 100% |
| 5 | \$109.740,00 | 100% |
| 6 | \$125.880,00 | 100% |
| 7 | \$142.020,00 | 100% |
| 8 | \$158.160,00 | 100% |

*Per le famiglie con un numero di componenti superiore a 8 (otto), aggiungere \$16.140,00 per ogni persona in più.

- La valutazione della possibilità di accedere al sostegno finanziario ha inizio con la presentazione della relativa domanda. Questa deve essere compilata e firmata dal garante e dovrà recare la data corrente. (Vedere allegato)
- Il paziente deve essere cittadino statunitense o dimostrare di possedere la residenza legale a titolo permanente o la residenza in Pennsylvania (sono esclusi i cittadini non statunitensi che vivono al di fuori degli Stati Uniti).
- Prima di poter ricevere il sostegno finanziario, il paziente dovrà aver fatto richiesta di assistenza medica tramite il sistema federale o statale Insurance Marketplace (a meno che non dimostri di essere esonerato) o qualsiasi altra forma di pagamento tramite terzi applicabile.
 - Può essere offerto sostegno finanziario parziale ai figli economicamente autosufficienti che sono esenti dalla richiesta di assistenza medica.
- Sono state esaurite tutte le altre opzioni per il pagamento delle spese mediche, ad esempio, ma non a titolo esaustivo, la raccolta di fondi da parte di associazioni private o ecclesiastiche, i programmi e le donazioni di beneficenza. La mancata collaborazione da parte del paziente o del garante nella ricerca di opzioni di pagamento alternative potrebbe comportarne l'esclusione dal sostegno finanziario.
 - Il sostegno finanziario potrebbe non essere offerto se il paziente dispone di Beni quantificabili sufficienti a saldare le spese e se la liquidazione di tali Beni quantificabili non provoca un indebito disagio al paziente.
 - Il sostegno finanziario verrà offerto ai pazienti deceduti sulla base dei criteri definiti nella **Procedura RC-12 per la risoluzione dei conti dei pazienti/garanti deceduti**.
 - Nell'ambito di programmi con cliniche per le cure gratuite (ad esempio, Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, ecc.), il sostegno finanziario potrà essere concesso sulla base dei dati finanziari raccolti o definiti dalla clinica per le cure gratuite.
 - I servizi facoltativi come, a titolo esemplificativo e non esaustivo, interventi di chirurgia estetica, interventi di fecondazione assistita o contro l'infertilità, occhiali, ausili acustici, protesi peniene o alcuni interventi di by-pass gastrico e le eventuali limitazioni conformi alle *Direttive etiche e religiose in materia di servizi di assistenza sanitaria forniti da istituzioni cattoliche* non sono coperti dalla presente FAP.
 - I piani assicurativi basati sul reddito con quota a carico del paziente o saldo deducibile potranno essere considerati idonei per il sostegno finanziario.
 - Il periodo di idoneità a ricevere il sostegno finanziario è di un anno. PSH ha il diritto di richiedere a propria discrezione la presentazione di una nuova domanda e di valutare la capacità di pagamento del paziente a sua discrezione.

PROCEDURA DI RICHIESTA:

- I moduli di richiesta di sostegno finanziario sono disponibili online sul sito web di PSH e in tutte le sedi dell'organizzazione o tramite posta.
- Allo scopo di verificare che il paziente sia in possesso dei requisiti di reddito e di composizione del nucleo familiare, dovrà essere fornita la seguente documentazione familiare completa:

- ultima dichiarazione federale dei redditi;
- ultime quattro (4) buste paga;
- ultimi quattro (4) estratti conto bancari;
- determinazione del reddito da previdenza sociale;
- reddito da disoccupazione;
- reddito da pensione;
- conferma delle ripartizioni di beni patrimoniali o risarcimenti per cause civili (il sostegno finanziario non verrà reso disponibile fino alla risoluzione definitiva di contenziosi patrimoniali o di altra natura);
- determinazione dell'assistenza medica o della copertura con il sistema Health Insurance Marketplace;
- attestato di cittadinanza o di residenza legale a titolo permanente (Green Card);
- se il nucleo familiare non dispone di alcun reddito, dichiarazione scritta della persona o delle persone che collaborano alle spese primarie;
- qualsiasi altra informazione ritenuta necessaria da PSH per esaminare nel modo più opportuno la richiesta di sostegno finanziario al fine di valutarne l'idoneità.
- Se le informazioni fornite all'interno della richiesta non sono sufficienti a formulare una risoluzione appropriata, verranno richieste ulteriori informazioni al garante.

METODO E PROCEDURA DI VALUTAZIONE

- PSH sospenderà qualsiasi ECA nei confronti di un paziente nel momento in cui quest'ultimo presenterà una richiesta di sostegno finanziario, indipendentemente dal fatto che la richiesta sia completa oppure no.

I livelli di approvazione per il sostegno finanziario sono i seguenti:

| Responsabile: | Consulenti finanziari/As sociati alle applicazioni finanziarie | Supervisor e capo | Team Manager | Manager/ Direttore capo dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi | Vicepresidente dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi o Direttore finanziario (CFO) |
|----------------------|---|--------------------------|---------------------|--|---|
| Importo: | <\$500 | <\$5.000 | <\$25.000 | <\$100.000 | >\$100.000 |

- Una volta esaminata la richiesta, per comunicare la decisione, il paziente o il garante verranno avvisati sia telefonicamente che a mezzo posta.
- Il responsabile che prenderà la decisione in merito al sostegno finanziario allegherà contestualmente la documentazione al conto del paziente nel sistema di fatturazione e firmerà il modulo di "richiesta di verifica". La successiva gestione del conto sarà affidata al personale di competenza.
- Se un paziente ha i requisiti per ricevere il sostegno finanziario ed è ritenuto idoneo per i sussidi Cobra, come persona giuridica, PSH potrà scegliere di versare il premio assicurativo mensile.

- In seguito all'approvazione del sostegno finanziario, il debito segnalato a una qualsiasi agenzia di recupero crediti verrà ripianato entro 30 giorni.
- Una volta applicate le rettifiche per il sostegno finanziario al conto crediti del paziente, tutti gli eventuali pagamenti precedenti o successivi ricevuti verranno rimborsati al paziente.
- Se il conto di un paziente è già stato inoltrato a un'agenzia di riscossione, il paziente potrà comunque fare richiesta e ricevere l'approvazione per il sostegno finanziario.
- Se viene approvato il sostegno finanziario, il personale responsabile inserirà quest'informazione nel sistema, dopodiché individuerà e prenderà in esame tutti gli elementi irrisolti nella cartella del paziente, applicando lo sconto previsto per il sostegno finanziario.
 - Il mancato pagamento e/o la mancata richiesta di consulenza finanziaria e/o la mancata compilazione integrale o invio della richiesta possono comportare le conseguenze illustrate nella **Politica di credito e riscossione per i pazienti, RC-002.**
 - Una copia della domanda e/o dei dati finanziari viene conservata per sette anni in conformità con le politiche di conservazione dei documenti di PSH.
 - Se sono state presentate ulteriori richieste di sostegno finanziario nello stesso anno solare, non è necessario presentare nuovamente la documentazione a supporto, a meno che non vi siano modifiche da apportare alle informazioni già presenti in archivio.
 - La dirigenza potrà valutare a sua discrezione l'eventuale presenza di circostanze attenuanti come quelle riportate negli esempi che seguono:
 - il reddito del paziente è superiore alle linee guida per il sostegno finanziario, ma il suo debito supera il reddito annuo a seguito di un evento medico catastrofico;
 - il paziente ottiene un risarcimento per una causa civile che è inferiore al saldo del conto e non possiede beni quantificabili/redditi personali sufficienti per pagare la differenza;
 - il paziente ha intenzione di chiedere un prestito per fare fronte al pagamento, ma non ha i requisiti necessari per ricevere l'intero importo dovuto (è necessaria una verifica da parte dell'ente prestatore);
 - il paziente è disponibile a liquidare altri beni per coprire parte dell'importo;
 - il paziente non compila una domanda di sostegno finanziario ma i dati finanziari/le informazioni sul reddito ottenuti sono sufficienti per prendere una decisione.

Tutte le politiche citate nel presente documento sono consultabili sul sito web PSH e possono essere stampate su richiesta.

La presente politica stabilisce un obiettivo filantropico volontario di Penn State Health. Di conseguenza, né la presente politica né alcuna violazione della stessa può determinare un obbligo legale da parte dell'ospedale o un diritto a favore di un paziente o di terzi.

RELATIVE INFORMATIVE E REFERENZE

Gli allegati a questa politica includono:

- Allegato A: Operatori sanitari/Servizi coperti dal programma di sostegno finanziario - St. Joseph Regional Medical Center

- Allegato B: Operatori sanitari/Servizi coperti dal programma di sostegno finanziario - Holy Spirit Health System.
- Riepilogo scritto in forma semplificata e richiesta di sostegno finanziario

Nota: tutti i medici che collaborano con il Penn State Health St. Joseph Medical Center e l'Holy Spirit Health System sono tenuti a rispettare il programma sul sostegno finanziario, ad eccezione di quanto indicato negli Allegati.

APPROVAZIONI

| | |
|-----------------|--|
| Autorizzazione: | Paula Tinch, Vice Presidente e Direttore Finanziario |
| Approvazione: | Nicholas Haas, Vice Presidente dell'Ufficio per la gestione del ciclo dei ricavi |

DATA DEL DOCUMENTO ORIGINALE E DELLE REVISIONI

Data del documento originale: 1/10/2020

Date di revisione: 10/10, 02/16, 6/17, 2/18, 10/22, 1/23, 10/23, 2/24

Date delle correzioni: 10/10, 1/12, 12/14, 02/16: politica 10/10 sostituita; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20, 3/21: unite le politiche di Holy Spirit Medical Center e St. Joseph Medical Center. Politica SJMC ritirata #ADM-CRP-008, 11/21 10/22, 1/23, 10/23, 2/24

AUTORI E REVISORI DEI CONTENUTI

Direttori capo per l'andamento ciclico dei ricavi; Responsabile per la consulenza finanziaria ai pazienti

Allegato A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Operatori sanitari/Servizi coperti dal programma di sostegno finanziario

***Vedere Operatori sanitari/Servizi non coperti dal programma di sostegno finanziario**

- Anestesia (Anesthesia)
- Cardiologia - Chirurgia cardiotoracica (Cardiology Cardio Thoracic Surgery)
- Patologia clinica (Clinical Pathology)
- Medicina d'emergenza (Emergency Medicine)
- Medicina pelvica femminile (Female Pelvic Medicine)
- Chirurgia generale* (General Surgery*)
- Medici ospedalieri (Hospitalists)
- Malattie infettive (Infectious Disease)
- Medicina interna (Internal Medicine)
- Neonatologia (Neonatology)
- Neurologia (Neurology)
- Neurologia - Ictus (Neurology Stroke)
- Neurochirurgia (Neurosurgery)
- Ostetricia - Ginecologia (Obstetrics Gynecology)
- Oncologia (Oncology)
- Chirurgia ortopedica (Orthopedic Surgery)
- Terapia del dolore (Pain Management)
- Medicina palliativa (Palliative Medicine)
- Pediatri ospedalieri (Pediatric Hospitalists)
- Farmacia (Pharmacy)
- Chirurgia plastica* (Plastic Surgery*)
- Radiologia (Radiology)
- Internato in facoltà (Residency Faculty)
- Specializzandi medicina generale (Residents Family Practice)
- Robotica (Robotics)
- Medicina dello sport (Sports Medicine)
- Chirurgia toracica (Surgery Thoracic)
- Cure urgenti (Urgent Care)
- Uroginecologia e chirurgia mininvasiva (Urogynecology And Minimally Invasive Surgery)
- Chirurgia vascolare (Vascular Surgery)
- Trattamento delle ferite (Wound Care)



Operatori sanitari/Servizi non coperti dal programma di sostegno finanziario

- Chirurgia estetica (Cosmetic Surgery)
- Alcuni interventi di by-pass gastrico
- Eventuali limitazioni attinenti alle *Direttive etiche e religiose in materia di servizi di assistenza sanitaria forniti da istituzioni cattoliche.*

La presente politica non si applica alle prestazioni di medici non dipendenti di Penn State Health. Il pagamento degli onorari professionali di questi operatori sanitari è a carico del paziente e non è riconosciuto ai fini di uno sconto o del sostegno finanziario ai sensi della presente politica. Questa politica si applica solo alle tariffe applicate per i trattamenti di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico ricevuti presso le strutture Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Allegato B

PSH Holy Spirit Health System