



Politique d'aide financière	PFS-053
Cycle des recettes (Revenue Cycle, RC) de Penn State Health	Date d'entrée en vigueur Février 2026

CHAMP D'APPLICATION ET OBJECTIF *Le document s'applique aux personnes et aux processus des entités suivantes de Penn State Health :*

☐	Services partagés (Shared Services) de Penn State Health	☐	Penn State College of Medicine
☐	Milton S. Hershey Medical Center	☐	Penn State College of Medicine
☒	St. Joseph Medical Center	☐	Medical Group – Academic Practice Division
☒	Holy Spirit Medical Center	☐	Medical Group - Community Practice Division
☐	Hampden Medical Center	☐	Penn State Health Life Lion, LLC
☐	Lancaster Medical Center	☐	Pennsylvania Psychiatric Institute
☐	Lancaster Orthopedic Group		

DECLARATIONS SUR LA POLITIQUE ET LA PROCEDURE

Définir les critères au titre desquels une aide financière est demandée et approuvée pour des patients admissibles qui reçoivent des soins médicalement nécessaires ou des soins de première urgence prodigués par un prestataire de soins de santé ou un établissement agréé, conformément à la mission du Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH SJMC) et du Holy Spirit Health System (PSH HSHS).

L'annexe A dresse la liste des prestataires de soins de santé et des services qui sont couverts ou non par la présente politique d'aide financière.

CHAMP D'APPLICATION

Tous les membres du personnel susceptibles d'entrer en contact avec un(e) patient(e) qui exprime des préoccupations financières.

DEFINITIONS

Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : l'AGB, ou limite des frais bruts, est calculé par PSH à l'aide d'une méthodologie rétrospective conformément au règlement final du service de recettes internes (Internal Revenue Service, IRS) 501R. Le PSH utilisera cette méthodologie pour calculer le paiement moyen de toutes les demandes de remboursement payées par les compagnies d'assurance maladie privées et Medicare. Les personnes admissibles ne paieront pas de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux patients pour des soins d'urgence ou médicalement nécessaires uniquement. PSH mettra à la disposition des patients qui le demandent un exemplaire écrit gratuit du calcul de l'AGB actuel. L'AGB ne doit pas être confondu avec la réduction pour soins caritatifs (aide financière), qui s'applique à 100 % si le programme d'aide financière (Financial Assistance Program, FAP) est approuvé pour la personne concernée.

- PSH peut offrir une remise par paiement direct égale à la remise AGB pour tout service ou procédure non couvert.

Facturation du solde – facturation surprise : conformément à la législation fédérale, intitulée loi « Sans surprise » (No Surprises Act), Penn State Health s’engage à protéger les patients contre les factures surprises qui leur seraient adressées si l’établissement ou le prestataire de soins de santé de Penn State Health leur ayant prodigué des soins ne faisait pas partie du réseau de leur régime d’assurance maladie. Le fait qu’un prestataire ou un établissement hors réseau facture aux patients la différence entre ce que leur régime d’assurance maladie a accepté de payer et le montant total facturé par un prestataire ou un établissement hors réseau pour un service est appelé « facturation du solde ». Les « factures surprises » sont des factures de solde non prévues. La loi « sans surprise » protège les patients contre une hausse de la facture lorsqu’ils reçoivent des soins d’urgence d’un prestataire ou d’un établissement hors réseau, ou lorsqu’un prestataire hors réseau traite le patient dans un hôpital du réseau. Si un établissement ou un prestataire de Penn State Health ne fait pas partie du réseau, Penn State Health ne facturera pas le solde des services d’urgence ou des services de post-stabilisation couverts.

Les **ressources dénombrables** sont définies comme les ressources jugées disponibles pour le paiement des dettes de soins de santé telles que : argent en espèces/comptes bancaires, certificats de dépôt, obligations, actions, fonds communs de placement ou prestations de retraite. Définies dans le bulletin d’assistance médicale du département des services de santé (Department of Health Services, DHS), le Programme de soins non remboursés des hôpitaux (Hospital Uncompensated Care Program) et les Régimes caritatifs (Charity Plans), les ressources dénombrables n’incluent pas les ressources non liquides comme les logements, les véhicules et les biens ménagers. Les fonds de retraite tels que les comptes 401k, les comptes de retraite individuels (Individual Retirement Account, IRA) ou les rentes différées sont exclus des liquidités.

Soins d’urgence : soins dispensés à un patient présentant une affection urgente, définie comme suit :

- affection se manifestant par des symptômes suffisamment graves (tels que des douleurs intenses, des troubles psychiatriques et/ou des symptômes de toxicomanie, ou autres) pour que l’absence d’attention médicale immédiate puisse raisonnablement laisser prévoir l’une des conséquences suivantes :
 - Atteinte grave à la santé du patient (ou, s’il s’agit d’une femme enceinte, à sa santé ou celle de son enfant à naître)
 - Atteinte grave aux fonctions physiologiques
 - Grave dysfonctionnement d’un organe ou d’une partie du corps
 - Dans le cas d’une femme enceinte qui a des contractions, s’il ne reste plus suffisamment de temps pour la transférer vers un autre hôpital avant l’accouchement, ou si le transfert est susceptible de menacer sa santé et sa sécurité, ou celles de son enfant à naître.

Les **seuils de revenus de pauvreté fédéraux** sont publiés par le Département de la santé et des services sociaux (Department of Health and Human Services, HHS) dans le registre fédéral chaque année en janvier. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Le terme « Aide financière » désigne la possibilité de recevoir des soins gratuits ou à tarif réduit. Les patients non assurés/assurés qui reçoivent des soins nécessaires du point de vue médical, qui ne sont pas admissibles à une assurance maladie gouvernementale ou autre, et dont le revenu familial est égal ou inférieur à 300 % du seuil de pauvreté fédéral des États-Unis seront admissibles à recevoir des soins gratuits en vertu de la présente politique.

Le terme « Médicalement nécessaires » désigne des services de soins de santé qu'un médecin, qui fait preuve d'un jugement clinique prudent, fournirait à un(e) patient(e) dans le but de prévenir, d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une affection, une blessure, une maladie ou ses symptômes, et qui :

- sont conformes aux normes généralement reconnues de pratique médicale ;
 - À ces fins, l'expression « normes généralement reconnues de pratique médicale » désigne des normes qui sont fondées sur une preuve scientifique digne de foi, publiée dans une revue médicale révisée par des pairs, généralement reconnues par la communauté médicale pertinente ou par ailleurs cohérentes avec les normes énoncées dans les questions de politique impliquant un jugement clinique.
- sont appropriés sur le plan clinique, en matière de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérés comme étant efficaces pour l'affection, la blessure ou la maladie du (de la) patient(e) ;
- ne sont pas principalement pour le confort du (de la) patient(e), du médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé, et pas plus onéreux qu'un autre service ou une série de services au moins aussi susceptibles de produire des résultats thérapeutiques ou de diagnostic équivalents au diagnostic ou au traitement de l'affection, de la blessure ou de la maladie de ce(tte) patient(e).
- Les services, éléments ou interventions considérés comme servant un objectif de recherche ou d'expérimentation seront examinés au cas par cas.
- sont un traitement médical nécessaire pour une affection urgente.
- Le PSH-SJMC et le PSH-HSHS se conforment aux *Directives éthiques et religieuses pour les services de soins de santé catholiques (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)*.

Aide financière présumée fait référence à une personne qui est présumée incapable de payer et admissible à l'aide financière lorsque des informations adéquates sont fournies par le (la) patient(e) ou par le biais de sources technologiques permettant à PSH de déterminer que le (la) patient(e) est admissible à l'aide financière. Les sources technologiques comprennent les portails en ligne sécurisés d'admissibilité aux aides financières et de vérification, notamment Compass et NaviNet. Les facteurs qui favorisent la bienfaisance présumée incluent, sans toutefois s'y limiter : l'absence de logement, l'absence de revenus, l'admissibilité aux programmes pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants and Children, WIC), l'admissibilité aux coupons alimentaires, un logement pour personnes à faibles revenus comme adresse valide, les patients décédés sans succession connue ou l'admissibilité aux programmes de prescription financés par l'État.

Le terme « Patient(e) non assuré(e) » désigne une personne qui n'a pas de protection d'assurance maladie par le biais d'un assureur tiers, d'un régime ERISA, d'un programme d'assurance maladie fédéral (y compris de la bourse des assurances maladie fédérale ou étatique, de Medicare, de Medicaid, du SCHIP et de Tricare), d'une indemnisation des accidents du travail (Workers' Compensation), de comptes d'épargne santé (Medical Savings Accounts) ou d'une autre couverture pour l'intégralité ou une partie des frais. Les patients qui ont épuisé leur protection d'assurance maladie ou qui reçoivent des services non pris en charge comme indiqué dans la police d'assurance du (de la) patient(e) ne seront pas considérés comme non assurés.

DÉCLARATIONS SUR LA POLITIQUE ET/OU LA PROCÉDURE

NOTIFICATION :

- La présente politique d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière et un résumé écrit en termes clairs et simples seront mis à la disposition du public sur demande.
- Les relevés de facturation des patients présenteront des informations relatives à la disponibilité d'une aide financière.
- L'avis de disponibilité de ce programme sera affiché dans les zones d'admission des patients au sein de l'hôpital, des services de consultations et sur le site Internet du PSH.
- La politique d'aide financière et le formulaire de demande seront disponibles dans tous les services de consultations externes.
- Si la langue principale d'une population est parlée par le plus petit nombre entre 1 000 personnes ou 5 % de la communauté desservie, la politique d'aide financière sera disponible dans cette langue.
- La politique d'aide financière et le formulaire de demande seront mis à disposition lors des événements de sensibilisation locaux auxquels participe PSH.
- Règle des 120/240 jours : période de 120 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit informer une personne du FAP, et période de 240 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit traiter une demande déposée par la personne. PSH communiquera ces informations au cours d'une période de notification se terminant au plus tôt 120 jours après la date du premier relevé de facturation. L'établissement hospitalier ne peut pas lancer de mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) à l'encontre d'une personne dont l'admissibilité au FAP n'a pas fait l'objet d'une décision avant 120 jours à compter du premier relevé postérieur à la sortie de l'hôpital.
- Penn State Health se conforme aux exigences de facturation et de recouvrement de l'article 501R.
- PSH se conformera, le cas échéant, à la loi « sans surprise ».

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- L'aide financière est approuvée en fonction du revenu familial selon les directives ci-dessous. Les patients admissibles pourront prétendre à des soins entièrement gratuits si ces derniers s'avèrent médicalement nécessaires. PSH ne facturera pas aux personnes non assurées admissibles ou non à la politique d'aide financière plus que les montants généralement facturés (AGB) pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires.

Taille du foyer	Revenus bruts		Réduction
1	47 880,00	\$	100 %
2	64 920,00	\$	100 %
3	81 960,00	\$	100 %
4	99 000,00	\$	100 %
5	116 040,00	\$	100 %
6	133 080,00	\$	100 %
7	150 120,00	\$	100 %
8	167 160,00	\$	100 %

*Pour les familles de plus de 8 (huit) personnes, ajouter 17 040,00 \$ pour chaque personne supplémentaire.

- L'évaluation de l'admissibilité à l'aide financière commence une fois que la demande d'aide financière a été remplie. Elle doit être complète, datée et signée par le (la) garant(e). (Voir ci-joint).
- Le patient doit être citoyen des États-Unis, résident légal permanent ou résident de Pennsylvanie et pouvoir fournir une preuve de résidence (à l'exception des ressortissants non-américains vivant hors des États-Unis).
- Avant que sa demande d'aide financière soit approuvée, le (la) patient(e) doit faire une demande d'assistance médicale, de bourse des assurances fédérale ou étatique (sauf si une preuve de dispense est fournie) ou de toute autre source de paiement tierce applicable.
 - Une aide financière partielle peut être accordée aux enfants dont le coût du traitement est à la charge des parents et qui sont dispensés de faire une demande d'assistance médicale.
- Toutes les autres options de paiement des factures médicales ont été épuisées, y compris, mais sans s'y limiter : l'Église, les programmes de partage des frais ou la collecte de fonds privée, les programmes caritatifs ou les subventions. La non-coopération de la part du (de la) patient(e) ou du (de la) garant(e) à la recherche d'autres options de paiement peut mettre fin à toute prétention à une aide financière.
 - Une aide financière peut ne pas être proposée si le (la) patient(e) dispose de suffisamment de ressources dénombrables pour payer ses frais, et si la mobilisation de ces ressources dénombrables n'entraîne pas de charge excessive par le (la) patient(e).
 - Une aide financière peut être octroyée pour tout(e) patient(e) décédé(e) selon les critères établis dans la **Politique RC-12 – Recouvrement des créances des patients/garants décédés**.
 - Dans le cadre des programmes proposés par les établissements de soins gratuits (Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), une aide financière peut être octroyée en fonction des informations financières collectées ou déterminées par l'établissement de soins gratuits.
 - Les services non urgents, notamment les opérations de chirurgie esthétique, la fécondation in vitro ou le traitement de la stérilité, les lunettes, les appareils auditifs, les implants péniens, certaines procédures de pontage gastrique et toutes les restrictions qui s'appliquent aux *Directives éthiques et religieuses pour les*

services de soins de santé catholiques ne sont pas couverts par la présente Politique d'aide financière.

- Les régimes d'assurance fondés sur les revenus avec une participation aux coûts ou des soldes de franchise pour le (la) patient(e) peuvent être considérés comme admissibles à l'aide financière.
- La période d'admissibilité à l'aide financière est d'une année. PSH se réserve le droit, à sa seule discrétion, de demander une nouvelle procédure de demande et d'évaluation de la capacité du (de la) patient(e) à payer.
- Une aide financière à hauteur de 100 % pourra être accordée aux enfants qui consultent les services de soins de la Lancaster Cleft Palate Clinic.

PROCÉDURE DE DEMANDE :

- Les formulaires de demande d'aide financière seront disponibles en ligne sur le site Internet de PSH, en personne dans tous les services de consultations, ou par courrier postal.
- Les justificatifs de situation du foyer appropriés et dûment remplis qui figurent ci-dessous doivent être fournis pour vérifier que le (la) patient(e) répond aux critères de revenus et de taille du foyer.
 - La dernière déclaration de revenus fédérale
 - Les deux (2) dernières fiches de paie
 - Les deux (2) derniers relevés bancaires
 - Le calcul des indemnités de sécurité sociale
 - Les allocations chômage
 - La pension de retraite
 - La confirmation de la répartition des successions ou des règlements de litiges (l'aide financière ne sera pas prise en compte avant le règlement final d'une succession ou d'un litige)
 - Le calcul de l'assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie
 - La preuve de citoyenneté ou le statut de résident(e) légal(e) permanent(e) (carte verte)
 - Si le foyer n'a pas de revenus, un courrier de la ou des personnes qui contribuent aux frais de subsistance
 - Toute autre information jugée nécessaire par PSH pour examiner de façon appropriée la demande d'aide financière, afin de déterminer l'admissibilité à cette aide.
- Si les informations fournies dans la demande sont insuffisantes pour prendre une décision appropriée, le (la) garant(e) sera contacté(e) pour fournir des informations complémentaires.

MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉVALUATION

- PSH suspendra toute ECA contre un patient dès que celui-ci aura soumis une demande, que celle-ci soit complète ou non.

Les niveaux d'approbation de l'aide financière sont les suivants :

Niveau du personnel :	Associés en application financière / Conseiller financier I	Conseiller financier II / Spécialiste des traitements	Direction, Conseil financier	Chef d'équipe, Conseil financier	Responsable, Conseil financier	Directeur principal	Vice-président
Montant maximal d'approbation :	1 000 \$	3 000 \$	5 000 \$	25 000 \$	100 000 \$	200 000 \$	200 000 \$+

- Une fois la demande examinée, la décision sera communiquée au (à la) garant(e) ou au (à la) patient(e) par téléphone et par courrier.
- La personne décisionnaire de l'aide financière enregistrera le compte du (de la) patient(e) dans le système de facturation et signera le formulaire intitulé « Demande d'examen » (Request for Review). Le compte sera ensuite traité par un membre du personnel compétent.
- Si un(e) patient(e) est admissible à l'aide financière ainsi qu'aux avantages sociaux de COBRA, en qualité d'établissement, PSH peut choisir de payer la prime d'assurance mensuelle.
- Une fois l'accord de l'organisme caritatif obtenu, toute dette déclarée à une agence d'évaluation du crédit sera retirée sous 30 jours.
- Une fois les ajustements relatifs à l'aide financière reportés sur les comptes débiteurs du (de la) patient(e), tout paiement antérieur ou suivant reçu sera remboursé au (à la) patient(e).
- Les patients dont les comptes ont déjà été soumis à une agence de recouvrement peuvent toujours déposer une demande d'aide financière susceptible d'être approuvée.
- Si l'aide financière est approuvée, le membre du personnel compétent procédera à la régularisation dans le système, identifiera et examinera toutes les consultations ouvertes sous le numéro de dossier médical du (de la) patient(e), puis appliquera la prise en charge de l'aide financière.
 - Le non-paiement et/ou le fait de ne pas contacter un conseiller financier, et/ou de ne pas envoyer ou de ne pas dûment remplir la demande peut conduire aux mesures exposées dans la **Politique RC-002 de crédit et de recouvrement pour les patients.**
 - Un exemplaire de la demande d'aide financière, ou des informations financières, est conservé pendant sept ans conformément aux politiques de conservation des données de PSH.
 - Pour les demandes d'aide financière supplémentaires déposées au cours de la même année civile, des documents justificatifs peuvent ne pas être nécessaires, sauf si des changements sont intervenus dans les informations déjà dans le dossier.
 - En cas de circonstances particulières telles que celles indiquées ci-dessous (sans s'y limiter), la direction peut exercer son pouvoir discrétionnaire :
 - Les revenus du (de la) patient(e) sont supérieurs aux lignes directrices de l'aide financière, mais sa dette médicale dépasse son revenu annuel en raison d'un événement médical catastrophique.
 - Le (la) patient(e) reçoit des dommages et intérêts de litige inférieurs au solde du compte et ne dispose pas de ressources dénombrables ou de revenus suffisants pour payer la différence.

- Le (la) patient(e) est disposé(e) à emprunter de l'argent pour s'acquitter du paiement, mais n'est pas admissible à l'intégralité du montant dû sur le compte (une vérification par l'établissement de prêt s'impose).
- Le (la) patient(e) est disposé(e) à mobiliser d'autres ressources pour couvrir une partie du solde.
- Le (la) patient(e) ne remplit pas de demande d'aide financière mais les informations sur les revenus/financières obtenues sont suffisantes pour prendre une décision.

Toutes les politiques référencées dans ce document sont disponibles pour consultation sur le site Internet de PSH et peuvent être imprimées sur demande.

La présente politique énonce un objectif volontaire et de bienfaisance de Penn State Health. En conséquence, ni cette politique ni aucune violation de celle-ci ne doivent être interprétées comme créant une obligation légale de la part de l'hôpital ou un quelconque droit pour un(e) patient(e) ou un tiers.

POLITIQUES ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES

L'annexe de cette politique comprend les éléments suivants :

- Annexe A – Prestataires/Services couverts par le programme d'aide financière – St. Joseph Regional Medical Center
- Annexe B – Prestataires/Services couverts par le programme d'aide financière – Holy Spirit Health System.
- Résumé écrit en termes clairs et simples et demande d'aide financière

Remarque : en règle générale, tous les établissements du Penn State Health St. Joseph Medical Center et du Holy Spirit Health System honoreront ce programme d'aide financière, sauf indication contraire figurant dans les annexes.

APPROBATIONS

Autorisé par :	Tracy Moyer, Vice-présidente sénior et Directrice financière
Approuvé par :	Nicholas Haas, Vice-président du cycle des recettes

DATES DE CRÉATION ET DE RÉVISION

Date de création : 10/1/2020

Date(s) de révision : 10/2010, 02/2016, 6/2017, 2/2018, 10/2022, 1/2023, 10/2023, 2/2024, 2/2025, 2/2026

Révision le : 10/2010, 1/2012, 12/2014, 02/2016 – Remplacement de la politique 10/2010 ; 6/2017, 2/2018, 10/2018, 11/2018, 2/2019, 1/2020, 3/2021 – Réunion des politiques du Holy Spirit Medical Center et du St. Joseph Medical Center.

Retrait de la politique du SJMC #ADM-CRP-008, 11/2021, 10/2022, 1/2023, 10/2023, 2/2024, 2/2025, 2/2026

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS AU CONTENU

Directeurs principaux du cycle des recettes ; Responsable des conseils financiers pour l'accès des patients

Annexe A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Prestataires/Services couverts par le programme d'aide financière

***Voir les prestataires/services non couverts par le programme d'aide financière.**

- Anesthésie
- Cardiologie – Chirurgie
cardiothoracique
- Pathologie clinique
- Médecine d'urgence
- Médecine pelvienne féminine
- Chirurgie générale*
- Médecins hospitaliers
- Maladies infectieuses
- Médecine interne
- Néonatalogie
- Neurologie
- Neurologie – accident
vasculaire cérébral
- Neurochirurgie
- Obstétrique – Gynécologie
- Oncologie
- Chirurgie orthopédique
- Gestion de la douleur
- Médecine palliative
- Pédiatrie hospitalière
- Pharmacie
- Chirurgie plastique*
- Radiologie
- Corps professoral de l'internat
- Internes Médecine familiale
- Robotique
- Médecine sportive
- Chirurgie thoracique
- Soins urgents
- Urogynécologie et Chirurgie
mini-invasive
- Chirurgie vasculaire
- Soins des plaies



Prestataires/Services non couverts par le programme d'aide financière

- Chirurgie esthétique
- Certaines procédures de pontage gastrique
- Toutes les restrictions qui s'appliquent aux *Directives éthiques et religieuses pour les services de soins de santé catholiques (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)*.

Pour les médecins qui ne sont pas employés par Penn State Health, la présente politique ne s'applique pas à leurs frais. Le règlement des honoraires facturés par ces prestataires de soins de santé est à la charge du (de la) patient(e) et n'est pas admissible à une prise en charge ou une aide financière au titre de la présente politique. La présente politique s'applique uniquement aux frais d'hospitalisation pour des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires prodigués au Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Annexe B

PSH Holy Spirit Health System