



Politica di sostegno finanziario	PFS-053
Ufficio per la gestione dei ricavi, Penn State Health	In vigore da Febbraio 2026

AMBITO DI APPLICAZIONE *Il presente documento si applica alle persone e alle procedure relative ai seguenti settori di Penn State Health:*

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

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 da 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 retroattiva conforme alla norma definitiva 501R dell'Agenzia delle Entrate (Internal Revenue Service, 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 va confuso con lo sconto dell'assistenza sanitaria gratuita (sostegno finanziario) che viene applicato al 100% nel caso in cui venga approvato il programma di sostegno finanziario (Financial Assistance Program, FAP) in favore del richiedente.

- PSH può offrire uno sconto per pagamento diretto pari allo sconto AGB per qualsiasi servizio o procedura non coperta.

Fatturazione del saldo - fatture “a sorpresa”: ai sensi della legislazione federale, la 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 legge tutela i pazienti dall’addebito di fatture più alte quando vengono visitati per cure di emergenza da un operatore sanitario o da 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 di Penn State Health non è convenzionato, Penn State Health non addebiterà alcuna fattura a saldo per le prestazioni di emergenza coperte o nel periodo successivo alla stabilizzazione del paziente.

Beni quantificabili: 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. I beni quantificabili sono definiti nel Bollettino di assistenza medica del Dipartimento per i servizi sanitari (Department of Health Services, DHS), nel programma per le cure ospedaliere non remunerate e nei piani di assistenza a titolo gratuito e 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 i protocolli basati su prove scientifiche credibili pubblicate nella letteratura medica in peer-review e generalmente riconosciute dalla comunità medica o comunque in linea 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 ad assicurare una maggiore comodità a beneficio del paziente, del medico o di 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 per la diagnosi o il 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 dell' idoneità a ricevere l' assistenza medica come, ad esempio, Compass e NaviNet. Tra i fattori a sostegno dell' assistenza gratuita presuntiva sono inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, 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: un soggetto che non riceve una copertura per l' assistenza sanitaria da parte di una compagnia assicurativa terza, né partecipa a un piano ai sensi della Legge sulla sicurezza dei redditi da pensione dei dipendenti (ERISA) o a 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 sulla disponibilità di sostegno finanziario.
- L'avviso relativo alla 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 comunità di utenti è parlata da almeno 1.000 persone o dal 5% del bacino di utenza, la FAP sarà resa disponibile in tale 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 a elaborare una richiesta presentata dagli stessi entro 240 giorni. PSH invierà una serie di comunicazioni nell'arco di un periodo minimo di 120 giorni dalla data del primo resoconto delle spese. La struttura ospedaliera non potrà avviare azioni straordinarie di riscossione coatta (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 assicurerà il rispetto della No Surprises Act.

CRITERI DI IDONEITÀ:

- Il sostegno finanziario viene 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, idonei o non idonei ad accedere al programma di sostegno finanziario (Financial Assistance Program, FAP), 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	\$ 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%

*Per famiglie di dimensioni superiori a 8 (otto) persone, aggiungere \$17.040,00 per ogni persona in più.

- La valutazione della possibilità di accedere al sostegno finanziario ha inizio con la presentazione della relativa richiesta. Questa deve essere compilata e firmata dal garante e dovrà recare la data corrente. (Vedere allegato)
- Il paziente deve essere cittadino statunitense, avere la residenza legale permanente o essere residente in Pennsylvania e in grado di fornire un'attestazione di residenza (sono esclusi i cittadini non statunitensi che vivono fuori dagli Stati Uniti).
- Prima di poter ricevere il sostegno finanziario, il paziente dovrà aver fatto richiesta di accesso all'assistenza medica, al sistema federale o statale Health Insurance Marketplace (a meno che non dimostri di essere esente) o a qualsiasi altra forma di pagamento tramite terzi applicabile.
 - Potrebbe essere previsto un sostegno finanziario parziale per i figli economicamente autosufficienti che sono esenti dalla presentazione della richiesta di assistenza medica.
- Tutte le altre opzioni per il pagamento delle spese mediche sono state esplorate, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, istituti ecclesiastici, piani di condivisione o raccolta fondi privati, programmi di beneficenza o sovvenzioni. 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, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, 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 in base 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 la presentazione di una nuova richiesta e di valutare la capacità di pagamento del paziente a propria discrezione.
- Il sostegno finanziario potrà essere offerto ai bambini visitati presso la Lancaster Cleft Palate Clinic in una misura del 100%.

PROCEDURA DI PRESENTAZIONE DELLA 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;
 - Le due (2) buste paga più recenti
 - Gli ultimi due (2) 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 offrono assistenza per le spese essenziali;
 - 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 subito dopo la presentazione della richiesta da parte del paziente, indipendentemente dal fatto che la richiesta sia completa o meno.

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

Ruolo:	Collaboratore per la richiesta di sostegno finanziario / Consulente finanziario I	Consulente finanziario II / Farmacista specializzato	Consulente finanziario senior	Responsabile e del team di consulenza finanziaria	Responsabile della consulenza finanziaria	Direttore senior	Vicepresidente
Importo massimo approvabile:	1.000 \$	3.000 \$	5.000 \$	25.000 \$	100.000 \$	200.000 \$	200.000+ \$

- Una volta esaminata la richiesta, la decisione verrà comunicata contattando il paziente o il garante sia telefonicamente che a mezzo posta.
- Il responsabile che prenderà la decisione in merito al sostegno finanziario allegherà 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 competente.
- Se un paziente ha i requisiti per ricevere il sostegno finanziario ed è ritenuto idoneo a ricevere 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 tra i 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 presentare richiesta e ricevere l’approvazione per il sostegno finanziario.
- Se viene approvato il sostegno finanziario, il personale responsabile inserirà questa 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 il mancato invio della richiesta possono comportare le conseguenze illustrate nella **Politica di credito e riscossione per i pazienti, RC-002.**
 - Una copia della richiesta (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 propria discrezione l’eventuale presenza di circostanze attenuanti, quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo (seguono esempi):
 - 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 dispone di 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 richiesta di sostegno finanziario, ma i dati finanziari o 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 definito su base volontaria da 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.

POLITICHE PERTINENTI 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:	Tracy Moyer, Vicepresidente senior e Direttore finanziario
Approvazione:	Nicholas Haas, Vicepresidente dell'Ufficio per la gestione dei ricavi

DATA DEL DOCUMENTO ORIGINALE E DELLE REVISIONI

Data del documento originale: 10/1/2020

Date di revisione: 10/2010, 2/2016, 6/2017, 2/2018, 10/2022, 1/2023, 10/2023, 2/2024, 2/2025, 2/2026

Date delle correzioni: 10/2010, 1/2012, 12/2014, 2/2016 – Sostituzione della politica del 10/2010; 6/2017, 2/2018, 10/2018, 11/2018, 2/2019, 1/2020, 3/2021 - unione delle politiche di Holy Spirit Medical Center e St. Joseph Medical Center.

Ritiro della politica SJMC #ADM-CRP-008, 11/2021, 10/2022, 1/2023, 10/2023, 2/2024, 2/2025, 2/2026

AUTORI E REVISORI DEI CONTENUTI

Direttori senior per la gestione 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 (Gastric Bypass Procedures)
- Eventuali limitazioni in base 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 per i trattamenti di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico ricevuti presso Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Allegato B

PSH Holy Spirit Health System