



Politică de asistență financiară	PFS-053
Penn State Health, Departamentul de Gestionare a Ciclului de Venituri	Data intrării în vigoare Februarie 2026

DOMENIU DE APLICARE ȘI SCOP Documentul se aplică persoanelor și proceselor din unitățile Penn State Health specificate mai jos:

☐ Servicii partajate Penn State Health	☐ Penn State College of Medicine
☐ Milton S. Hershey Medical Center	☐ Medical Group – Departamentul de Practică Academică (Academic Practice Division)
☒ St. Joseph Medical Center	☐ Medical Group – Departamentul de Practici Comunitare (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	

DECLARAȚII DE POLITICĂ ȘI PROCEDURĂ

Definirea criteriilor în baza cărora se solicită și se aprobă asistență financiară pentru pacienții eligibili care primesc îngrijire de urgență sau necesară din punct de vedere medical de la un furnizor de asistență medicală sau la o locație acoperită, în conformitate cu misiunea Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH SJMC) și Holy Spirit Health System. (PSH HSHS).

Lista cu furnizori din anexa A este o listă cu furnizorii/serviciile de asistență medicală care sunt acoperite sau nu de prezenta politică de asistență financiară.

DOMENIU DE APLICARE

Întregul personal medical care poate intra în contact cu un pacient care exprimă motive de îngrijorare de natură financiară.

DEFINIȚII

Definiția sumei facturate în general (Amount Generally Billed, AGB): AGB sau limitarea taxelor brute este calculată de PSH utilizând metodologia retrospectivă în conformitate cu regula definitivă a Serviciului pentru Venituri Interne (Internal Revenue Service, IRS) 501R. PSH va utiliza această metodologie pentru a calcula suma de plată medie a tuturor cererilor plătite de asigurătorii privați de sănătate și Medicare. Persoanelor eligibile nu li se vor percepe sume mai mari decât cele facturate în general exclusiv pentru îngrijirea de urgență sau necesară din punct de vedere medical. PSH va pune la dispoziția pacienților care solicită acest lucru un exemplar scris gratuit al calculului AGB curent. Acesta nu trebuie confundat cu reducerea pentru îngrijiri de caritate (asistență financiară) care se aplică 100% în cazul în care se aprobă Programul de asistență financiară (Financial Assistance Program, FAP) individual.

- PSH poate oferi o reducere pentru plata proprie egală cu reducerea AGB pentru orice servicii sau proceduri neacoperite.

Facturarea diferenței neacoperite de asigurare – facturi neprevăzute: În conformitate cu legislația federală, Legea împotriva facturilor neprevăzute (No Surprises Act), Penn State Health se angajează să protejeze pacienții împotriva facturilor neprevăzute pe care le-ar primi dacă unitatea de îngrijire Penn State Health sau furnizorul de la care primesc servicii de îngrijire s-ar afla în afara rețelei pentru planul lor de sănătate. „Facturarea soldului” are loc atunci când un furnizor sau o unitate din afara rețelei facturează diferența dintre suma de plată convenită prin planul de sănătate al pacientului și suma totală percepută de un furnizor sau de o unitate din afara rețelei pentru un serviciu. „Facturile neprevăzute” sunt facturi neașteptate ale soldului. No Surprises Act protejează pacienții împotriva primirii unor facturi mai mari, atunci când sunt consultați pentru îngrijiri de urgență de către un furnizor sau o unitate din afara rețelei sau când un furnizor din afara rețelei tratează pacientul într-un spital din rețea. Dacă o unitate sau un furnizor Penn State Health este în afara rețelei, Penn State Health nu va compensa factura pentru serviciile de urgență sau serviciile post-stabilizare acoperite.

Activele cuantificabile sunt definite drept active care sunt considerate disponibile pentru plata datoriilor medicale, cum ar fi numerar/conturi bancare, certificate de depozit, obligațiuni, acțiuni, fonduri mutuale sau pensii. Definite în Buletinul de asistență medicală al Departamentului de Servicii de Sănătate (Department of Health Services, DHS), activele cuantificabile aferente programului de îngrijire necompensată și planurilor de caritate nu includ bunuri nelichide, precum locuințe, autovehicule și bunuri de uz casnic. Fondurile de pensie, cum ar fi conturile 401k, IRA sau anuitățile amânate sunt excluse din activele lichide.

Îngrijire de urgență: Îngrijire oferită unui pacient cu o afecțiune medicală urgentă, definită în continuare ca:

- Afecțiune care se manifestă prin simptome acute de severitate suficientă (de exemplu, durere severă, tulburări psihice și/sau simptome de abuz de substanțe etc.), astfel încât absența asistenței medicale imediate ar putea avea ca rezultat una dintre următoarele:
 - Punerea în pericol grav a sănătății pacientului (sau, în ceea ce privește o femeie gravidă, sănătatea femeii sau a fătului) sau
 - Afectarea gravă a funcțiilor corpului sau
 - Disfuncția gravă a oricărui organ sau a oricărei părți a corpului.
 - În cazul unei femei gravide care are contracții, lipsa timpului suficient pentru efectuarea unui transfer în siguranță la un alt spital înainte de naștere sau faptul că transferul poate reprezenta o amenințare pentru sănătatea sau siguranța femeii sau a fătului.

Nivelurile federale de sărăcie raportate la venit sunt publicate de Departamentul de Sănătate și Servicii Umane (Department of Health and Human Services, HHS) în Registrul federal în luna ianuarie a fiecărui an. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Asistența financiară înseamnă posibilitatea de a primi îngrijire gratuită sau îngrijire pe baza unor reduceri. Pacienții care sunt neasigurați/asigurați și care primesc îngrijiri necesare din punct de vedere medical, care nu sunt eligibili pentru asigurare guvernamentală sau de altă natură și care au un venit familial egal cu sau mai mic de 300 % din nivelul federal de sărăcie din SUA vor fi eligibili pentru îngrijire gratuită în virtutea prezentei politici.

Servicii necesare din punct de vedere medical înseamnă servicii de îngrijire pe care un furnizor, dând dovadă de un discernământ clinic prudent, le-ar furniza unui pacient în scopul prevenirii, evaluării, diagnosticării sau tratării unei boli, răni, afecțiuni sau unui simptom al acesteia și care.

- Sunt în conformitate cu standardele general acceptate ale practicii medicale.
 - În aceste scopuri, „standardele general acceptate ale practicii medicale” înseamnă standarde care se bazează pe dovezi științifice credibile publicate în literatura medicală de specialitate evaluată de colegi, în general recunoscute de comunitatea medicală relevantă sau în alt mod în concordanță cu standardele stabilite în problemele de politică ce implică discernământ clinic.
- Sunt adecvate din punct de vedere clinic, în ceea ce privește tipul, frecvența, gradul, locul și durata, și sunt considerate eficiente pentru boala, rana sau afecțiunea pacientului.
- Nu sunt în primul rând pentru comoditatea pacientului, medicului sau altui furnizor de servicii medicale și nu sunt mai costisitoare decât un serviciu alternativ sau o secvență de servicii alternativă care cel puțin la fel de probabil ar produce rezultate terapeutice sau de diagnostic echivalente în ceea ce privește diagnosticul sau tratamentul bolii, răni sau afecțiunii pacientului respectiv.
- Sunt servicii sau proceduri considerate de investigație sau experimentale și care vor fi abordate de la caz la caz.
- Reprezintă un tratament medical necesar unei stări medicale de urgență.
- PSH-SJMC și PSH-HSHS respectă *Directivele etice și religioase pentru serviciile catolice de asistență medicală (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services)*.

Asistența financiară prezumtivă se referă la o persoană despre care se presupune că este nevoiașă și eligibilă pentru asistență financiară, atunci când sunt furnizate informații adecvate de către pacient sau prin intermediul unor surse tehnologice care permit PSH să stabilească dacă pacientul se califică pentru asistență financiară. Sursele tehnologice includ portaluri web securizate de eligibilitate și verificare pentru asistență medicală, cum ar fi dar fără a se limita la Compass și NaviNet. Factorii care susțin caritatea prezumtivă includ, dar nu se limitează la lipsa adăpostului, lipsa veniturilor, eligibilitatea pentru Programele pentru femei, sugari și copii (Women's, Infants and Children's programs, WIC), eligibilitatea pentru bonuri de masă, locuințe pentru venituri mici furnizate ca adresă valabilă, pacienți decedați fără patrimoniu cunoscut sau eligibilitatea în programele de prescripție a rețetelor compensate.

Pacientul neasigurat este o persoană care nu are asigurare medicală prin niciun asigurător terț, un plan ERISA, program federal de asistență medicală (inclusiv piața de asigurări de sănătate (Health Insurance Marketplace) federală sau a statului, Medicare, Medicaid, SCHIP și Tricare),

asigurare pentru accidente de muncă (Workers' Compensation), conturi de economii de sănătate (Medical Savings Accounts) sau alt tip de asigurare pentru factura integrală sau parțială. Pacienții care și-au epuizat asigurarea medicală sau care au servicii neacoperite, așa cum sunt descrise în polița de asigurare a pacientului, nu vor fi considerați neasigurați.

DECLARAȚII DE POLITICĂ ȘI/SAU PROCEDURĂ

NOTIFICARE:

- Prezenta politică de asistență financiară, cererea de asistență financiară și un rezumat scris în limbaj simplu vor fi puse la dispoziția publicului la cerere.
- Rapoartele de facturare trimise pacientului vor conține informații referitoare la disponibilitatea asistenței financiare.
- Anunțul privind disponibilitatea acestui program va fi afișat în zonele de înregistrare a pacienților din spital, clinici și pe site-ul web al PSH.
- Politica de asistență financiară și formularul de cerere vor fi disponibile în toate clinicile de îngrijire ambulatorie.
- Dacă limba principală a oricărei populații care reprezintă valoarea cea mai mică dintre 1000 de persoane sau 5% din comunitatea deservită, politica de asistență financiară (FAP) va fi disponibilă în limba respectivă.
- Politica de asistență financiară și cererea vor fi disponibile la evenimentele comunitare de mobilizare la care participă PSH.
- Regula de 120/240 de zile – o perioadă de 120 de zile în care un spital este obligat să notifice o persoană despre FAP și o perioadă de 240 de zile în care un spital trebuie să proceseze o cerere depusă de persoana respectivă. PSH va trimite notificări în cursul unei perioade de notificare care se încheie după cel puțin 120 de zile de la data primului raport de facturare. Spitalul nu poate iniția acțiuni de executare (extraordinary collection actions, ECA) împotriva unei persoane a cărei eligibilitate FAP nu a fost determinată înainte de 120 de zile de la primul raport post-externare.
- Penn State Health respectă cerințele de facturare și încasare 501R.
- PSH va respecta, atunci când este cazul, No Surprises Act.

CRITERII DE ELIGIBILITATE:

- Asistența financiară este aprobată în funcție de venitul familiei, conform instrucțiunilor de mai jos. Pacienții care se califică vor fi eligibili pentru îngrijire 100 % gratuită pentru serviciile necesare din punct de vedere medical. PSH nu va percepe persoanelor neasigurate eligibile sau care nu sunt eligibile pentru FAP sume mai mari decât cele facturate în general (AGB) pentru îngrijiri de urgență sau alte îngrijiri necesare din punct de vedere medical.

Mărimea familiei	Venit brut		Reducere
1	47.880,00	USD	100 %
2	64.920,00	USD	100 %
3	81.960,00	USD	100 %
4	99.000,00	USD	100 %
5	116.040,00	USD	100 %
6	133.080,00	USD	100 %
7	150.120,00	USD	100 %
8	167.160,00	USD	100 %

*În cazul familiilor cu mai mult de 8 (opt) membri, adăugați 17.040,00 USD pentru fiecare persoană suplimentară.

- Evaluarea pentru asistență financiară începe prin completarea Cererii pentru asistență financiară. Aceasta trebuie să fie completată, semnată de garant și să aibă data curentă. (A se vedea anexa)
- Pacientul trebuie să fie cetățean al Statelor Unite ale Americii, rezident legal permanent recunoscut la nivel federal sau rezident al statului Pennsylvania și să poată furniza dovada rezidenței (sunt excluși cetățenii non-americieni care locuiesc în afara SUA).
- Pacientul trebuie să depună o cerere de asistență medicală, piața de asigurări de sănătate (Health Insurance Marketplace) federală sau a statului (cu excepția cazului în care este furnizată dovada scutirii) sau pentru orice altă sursă de plată terță aplicabilă înainte de a i se aproba aAsistența financiară.
 - Asistența financiară parțială poate fi acordată copiilor care beneficiază de autofinanțare și care sunt scutiți de solicitarea asistenței medicale.
- Toate celelalte opțiuni pentru plata facturilor medicale au fost epuizate, inclusiv, dar fără a se limita la: biserică, planuri de partajare sau strângere de fonduri private, programe caritabile sau granturi. Necooperarea din partea pacientului sau a garantului pentru solicitarea de opțiuni alternative de plată îl poate descalifica de la luarea în considerare a asistenței financiare.
 - Este posibil ca asistența financiară să nu fie acordată dacă pacientul are suficiente active cuantificabile pentru a-și plăti factura, iar lichidarea acestor active cuantificabile nu i-ar cauza dificultăți excesive pacientului.
 - Asistența financiară va fi acordată oricărui pacient decedat pe baza criteriilor stabilite în **Politica privind închiderea contului pacientului/garantului decedat RC-12 (RC-12 Deceased Patient/Guarantor Account Resolution Policy)**.
 - Ca urmare a programelor care includ clinici de îngrijire gratuită (respectiv Hope Within, Centre Volunteers in Medicine etc.), asistența financiară poate fi acordată pe baza informațiilor financiare colectate sau constatate de clinica de îngrijire gratuită.
 - Serviciile opționale, cum ar fi, fără limitare, proceduri de chirurgie plastică, fertilizare in vitro/infertilitate, ochelari, aparate auditive, implanturi peniene sau unele proceduri de by-pass gastric și orice restricții care respectă *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* nu sunt acoperite de această FAP.
 - Planurile de asigurare bazate pe venit cu coplăți sau solduri deductibile ale pacienților pot fi considerate eligibile pentru asistență financiară.

- Perioada de eligibilitate pentru asistența financiară este de un an. La latitudinea sa, PSH are dreptul de a solicita o nouă cerere și o nouă evaluare a capacității pacientului de a plăti.
- Asistența financiară poate fi acordată copiilor consultați la Lancaster Cleft Palate Clinic la un nivel de 100%.

PROCEDURĂ DE DEPUNERE A CERERII:

- Cererile de asistență financiară vor fi disponibile online prin intermediul site-ului web al PSH, fizic la orice locație a clinicii sau prin e-mail.
- Următoarele documente justificative adecvate privind familia, completate, trebuie furnizate pentru a asigura că pacientul îndeplinește criteriile referitoare la venit și numărul de persoane dintr-o familie.
 - Cea mai recentă Declarație privind impozitul pe venit la nivel federal depusă
 - Cei mai recentți doi (2) fluturași de salariu
 - Cele mai recente două (2) extrase de cont bancar
 - Determinarea venitului pentru asigurări sociale
 - Venituri din șomaj
 - Venituri din pensii
 - Confirmarea distribuirii activelor succesoriale sau compensări rezultate din litigii (asistența financiară nu va fi luată în considerare până la soluționarea finală a succesiunii sau a litigiului).
 - Decizia privind asistența medicală sau decizia conform pieței de asistență medicală (Health Insurance Marketplace).
 - Dovada cetățeniei sau a statutului de rezidență permanentă legală (carte verde).
 - Dacă familia nu are venituri, scrisoare de la persoana (persoanele) care asistă cu cheltuieli de subzistență.
 - Orice alte informații considerate necesare de către PSH pentru a evalua în mod adecvat cererea de asistență financiară pentru a determina eligibilitatea pentru asistență financiară.
- Dacă informațiile furnizate în cadrul cererii sunt insuficiente pentru a lua o decizie adecvată, va fi contactat garantul pentru a furniza informații suplimentare.

METODĂ ȘI PROCES DE EVALUARE

- PSH va suspenda orice ECA împotriva unui pacient odată ce acesta a depus o cerere, indiferent dacă cererea este completă sau nu.

Nivelurile de aprobare pentru asistența financiară sunt după cum urmează:

Nivelul funcției:	Angajați responsabili cu cererile financiare/ Consilier financiar I	Consilier financiar II / Specialist în medicație	Senior, Consiliere financiară	Manager de echipă, Consiliere financiară	Manager, Consiliere financiară	Director senior	Vicepreședinte
Suma maximă aprobată:	1.000 USD	3.000 USD	5.000 USD	25.000 USD	100.000 USD	200.000 USD	200.000+ USD

- După evaluarea cererii, pacientul sau garantul va primi un apel telefonic și o scrisoare pentru a i se comunica decizia.
- Persoana care ia decizia de acordare a asistenței financiare va documenta contul pacientului în sistemul de facturare și va semna formularul „Solicitare de evaluare”. Contul va fi transmis membrului competent al personalului pentru gestionare ulterioară.
- Dacă un pacient se califică pentru asistență financiară și este eligibil pentru beneficii cobra, ca instituție, PSH poate alege să plătească prima de asigurare lunară.
- După aprobarea programului de caritate, datoria raportată oricărei agenții de raportare a creditelor va fi retrasă în termen de 30 de zile.
- Odată ce ajustările de asistență financiară au fost plasate în conturile de creanțe ale pacientului, orice plăți anterioare sau ulterioare primite vor fi rambursate pacientului.
- Pacienții ale căror conturi au fost deja raportate la o agenție de recuperare a creanțelor pot trimite cereri în continuare și li se poate acorda o aprobare pentru asistența financiară.
- Dacă asistența financiară este aprobată, membrul competent al personalului va accesa ajustarea sistemului și va identifica și evalua toate consultațiile deschise sub numărul fișei medicale a pacienților și va aplica reducerea de asistență financiară.
 - Neplata și/sau omisiunea de a contacta serviciul de consiliere financiară și/sau de a depune sau de a completa integral cererea pot duce la acțiuni care sunt prezentate în **Politica de creditare și încasări pentru pacienți RC-002 (RC-002 Patient Credit and Collections Policy)**.
 - Un exemplar al cererii de asistență financiară și/sau ale informațiilor financiare este păstrat timp de șapte ani, în conformitate cu politicile de păstrare ale PSH.
 - Cererile suplimentare de asistență financiară în cadrul aceluiași an calendaristic ar putea să nu necesite documente justificative, cu excepția cazului în care există modificări ale informațiilor deja înregistrate.
 - Conducerea își poate utiliza puterea discreționară pentru circumstanțe atenuante, inclusiv, dar fără a se limita la (exemplele următoare):
 - Venitul pacientului depășește limita din cadrul regulamentului privind programele de caritate; cu toate acestea, datoria sa pentru serviciile medicale depășește venitul anual din cauza unui eveniment medical deosebit de grav.
 - Pacientul primește o despăgubire în urma unui litigiu, dar suma este mai mică decât soldul contului și pacientul nu are suficiente active cuantificabile/venituri personale pentru a plăti diferența.
 - Pacientul este dispus să împrumute bani pentru a plăti, dar nu se califică pentru întreaga sumă datorată în cont (este necesară verificarea de la instituția de creditare).
 - Pacientul este dispus să lichideze alte active, care acoperă o parte din sold.
 - Pacientul nu completează o cerere de asistență financiară, dar se obțin suficiente informații financiare/despre venit pentru a se lua o decizie.

Toate politicile la care se face referire în acest document sunt disponibile pentru consultare pe site-ul web al PSH și sunt disponibile pentru a fi tipărite la cerere.

Această politică stabilește un obiectiv voluntar și caritabil al Penn State Health. În consecință, nici această politică și nici o încălcare a acesteia nu vor fi interpretate în sensul creării unei obligații legale din partea spitalului sau a unui drept pentru orice pacient sau terță parte.

POLITICI CONEXE ȘI REFERINȚE

Anexa la prezenta politică include:

- Anexa A - Furnizori/Servicii acoperiți/acoperite de Programul de asistență financiară – St. Joseph Regional Medical Center
- Anexa B - Furnizori/Servicii acoperiți/acoperite de Programul de asistență financiară – Holy Spirit Health System.
- Rezumat într-un limbaj clar și Cerere de asistență financiară

Notă: În general, toți medicii Penn State Health St. Joseph Medical Center și Holy Spirit Health System vor onora acest program de asistență financiară, cu excepția cazurilor menționate în Anexă.

APROBĂRI

Autorizat:	Tracy Moyer, Vicepreședinte senior și Director financiar
Aprobat:	Nicholas Haas, Vicepreședinte Departamentul de Gestionare a Ciclului de venituri

DATA EMITERII ȘI REVIZUIRILOR

Data emiterii: 01.10.2020

Data (datele) revizuirii (revizuirilor): 10.10. 16.02, 17.06, 18.02, 22.10, 23.01, 23.10, 24.02, 25.02, 26.02

Revizuit: 10.10; 12.01, 14.12, 16.02 – Politică înlocuită la 10.10; 17.06, 18.02, 18.10, 18.11, 19.02, 20.01; 21.03 – politici ale Holy Spirit Medical Center și St. Joseph Medical Center combinate. Politica SJMC privind pensionarea #ADM-CRP-008, 21.11, 22.10, 23.01, 23.10, 24.02, 25.02, 26.02

VERIFICATORI DE CONȚINUT ȘI COLABORATORI

Directori generali Departamentul de Gestionare a Ciclului de Venituri; Manager acces și consiliere financiară pentru pacienți

Anexa A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

Furnizori/servicii acoperite de programul de asistență financiară

***A se vedea furnizorii/serviciile care nu sunt acoperiți/acoperite de programul de asistență financiară**

- Anestezie
- Cardiologie - chirurgie
cardiotoracică
- Patologie clinică
- Medicină de urgență
- Medicină pelvină pentru femei
- Chirurgie generală*
- Medicină de spital
- Boli infecțioase
- Medicină internă
- Neonatologie
- Neurologie
- Neurologie - AVC
- Neurochirurgie
- Obstetrică - ginecologie
- Oncologie
- Chirurgie ortopedică
- Managementul durerii
- Medicină paliativă
- Medicină de spital pediatrie
- Farmacie
- Chirurgie plastică*
- Radiologie
- Rezidențiat
- Medicină de familie rezidenți
- Robotică
- Medicină sportivă
- Chirurgie toracică
- Îngrijire de urgență non-critică
- Uroginecologie și chirurgie
minim invazivă
- Chirurgie vasculară
- Îngrijirea plăgilor



Furnizori/servicii neacoperite de programul de asistență financiară

- Chirurgie cosmetică
- Unele proceduri de by-pass gastric
- Orice restricții care respectă *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service*.

Prezenta politică nu se aplică onorariilor medicilor care nu sunt angajați de Penn State Health. Plățile pentru onorariile facturate de acești furnizori de asistență medicală sunt responsabilitatea pacientului și nu se califică pentru o reducere sau asistență financiară în conformitate cu această politică. Această politică se aplică numai costurilor percepute de unitatea medicală pentru îngrijiri de urgență și alte îngrijiri necesare din punct de vedere medical oferite la Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Anexa B

PSH Holy Spirit Health System