



Politique d'aide financière	PFS-053
Cycle des recettes de Penn State Health	Date d'entrée en vigueur Février 2024

CHAMP D'APPLICATION ET OBJECTIF *Le présent document s'applique aux personnes et aux processus des services de Penn State Health indiqués ci-dessous :*

<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 – eff. 12/2023

DÉCLARATIONS CONCERNANT LA POLITIQUE ET LA PROCÉDURE

Définir les critères au titre desquels une aide financière est demandée et approuvée en faveur des patients admissibles qui reçoivent des soins nécessaires d'un point de vue médical ou des soins de première urgence prodigués par un prestataire de soins 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, Liste des prestataires, dresse la liste des prestataires de soins et des services qui sont visés, ou non, par la présente Politique d'aide financière.

CHAMP D'APPLICATION

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

DÉFINITIONS

Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : l'AGB, ou limite des frais bruts, est calculé par PSH à l'aide d'une méthodologie de retraçage conformément au règlement final de l'IRS 501R. PSH utilise cette méthodologie pour calculer le montant moyen de toutes les demandes de remboursement réglées 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 nécessaires du point de vue médical uniquement. PSH met à la disposition des patients qui le demandent un exemplaire écrit gratuit du calcul de l'AGB actuel. À ne pas confondre avec la prise en charge des soins caritatifs (aide financière) qui s'applique à 100 % si le programme d'aide financière est approuvé pour la personne concernée.

Dépassement d'honoraires – Factures imprévues : conformément à la législation fédérale, la loi « No Surprises Act », Penn State Health s'engage à protéger les patients contre les factures imprévues qu'ils recevraient si l'établissement ou le prestataire de Penn State Health où ils

reçoivent des soins n'est pas couvert par leur régime d'assurance maladie. Lorsqu'un prestataire ou un établissement hors réseau facture aux patients la différence entre ce que leur régime de santé a accepté de payer et le montant total facturé par un prestataire ou un établissement hors réseau pour un service, on parle de « dépassement d'honoraires ». Les « factures imprévues » sont des dépassements d'honoraires imprévus. La loi « No Surprises Act » protège les patients contre une facture plus élevée 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 n'est pas couvert par le 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 considérées disponibles pour le paiement des dettes en matière de soins de santé telles que : l'argent en espèces/les comptes bancaires, les certificats de dépôt, les obligations, les actions, les fonds communs de placement ou les prestations de retraite. Définies dans le Bulletin d'assistance médicale du Department of Health Services (DHS), le Programme de soins sans contrepartie des hôpitaux et les Régimes caritatifs, 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, IRA ou les rentes différées sont exclus des liquidités.

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

- Une affection qui se manifeste par des symptômes suffisamment sévères (tels que douleurs intenses, troubles psychiatriques ou symptômes de toxicomanie, ou autres) pour que l'absence d'attention médicale immédiate puisse raisonnablement laisser prévoir l'une ou l'autre 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 ;
 - dysfonctionnement sérieux d'un organe ou d'une partie du corps ;
 - il peut s'agir d'une femme enceinte qui a des contractions, et il ne reste plus suffisamment de temps pour la transférer vers un autre hôpital avant l'accouchement ; ou son 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 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>

L'**aide financière** désigne la possibilité de recevoir des soins gratuits ou à tarif réduit. Les patients non assurés/assurés et 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 sous l'égide de la présente politique.

Nécessaires du point de vue médical signifie des services de soins de santé qu'un médecin qui fait preuve d'un jugement clinique prudent fournirait à un patient 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, « 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 sinon cohérentes avec les normes énoncées dans des questions de la politique impliquant un jugement clinique.
- 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 patient ;
- non essentiellement destinés au confort du patient, 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 patient ;
- les services, éléments ou interventions considérés comme servant un objectif de recherche ou d'expérimentation seront examinés au cas par cas ;
- un traitement médical nécessaire pour une affection urgente ;
- PSH-SJMC et PSH-HSHS se conforment aux « *Directives éthiques et religieuses pour les services de soins de santé catholiques* ».

L'**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 patient par le biais de sources technologiques permettant à PSH de déterminer que le patient est admissible à l'aide financière. Les sources technologiques comprennent les portails Internet 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 : être sans-abri, sans 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.

Patient non assuré 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, Medicare, Medicaid, SCHIP et Tricare), d'une indemnisation des accidents du travail, de comptes d'épargne santé 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 patient ne seront pas considérés comme non assurés.

DÉCLARATIONS CONCERNANT LA POLITIQUE ET 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 de 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 au moins 1 000 personnes ou 5 % de la communauté servie, la politique d'aide financière sera disponible dans cette langue.
- La politique d'aide financière et le formulaire de demande sont mis à disposition dans les manifestations locales destinées à sensibiliser la population auxquelles participe PSH.
- Règle des 120/240 jours : période de 120 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit informer une personne au sujet de la politique d'aide financière, et période de 240 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit traiter une demande présentée par la personne. PSH communiquera ces informations au cours d'une période de notification qui prendra fin 120 jours après la date du premier relevé de facturation. L'établissement hospitalier ne peut pas tenter de mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) à l'encontre d'une personne dont l'admissibilité au programme d'aide financière 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 501(r) du Code de l'IRS.
- PSH se conformera, le cas échéant, à la loi « No Surprises Act ».

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- L'aide financière est approuvée en fonction du revenu familial selon les instructions ci-dessous. Les patients admissibles pourront prétendre à des soins entièrement gratuits s'ils s'avèrent nécessaires du point de vue médical. Les personnes admissibles ne paieront pas de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux patients pour des soins d'urgence ou nécessaires du point de vue médical uniquement.

Taille du foyer	Revenus bruts	Prise en charge financière
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 %

* Pour les familles de plus de 8 (huit) personnes, ajouter 16 140,00 \$ par 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 garant. (Voir ci-joint.)
- Le patient doit être un citoyen des États-Unis, un résident légal permanent ou un résident de Pennsylvanie capable de fournir une preuve de résidence (ceci exclut les personnes n'ayant pas la citoyenneté américaine qui vivent en dehors des États-Unis).
- Avant que sa demande d'aide financière soit approuvée, le patient doit faire une demande d'aide 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 supportant eux-mêmes le coût du traitement qui sont dispensés de candidature pour une assistance médicale.
- Toutes les autres options de paiement des frais médicaux ont été épuisées y compris, mais sans s'y limiter, la collecte de fonds de l'Église ou privée, les programmes ou subventions de bienfaisance. La non-coopération de la part du patient ou du garant 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 patient dispose de suffisamment de ressources dénombrables pour payer ses frais, et si la mobilisation de ces ressources dénombrables n'entraîne pas de charge excessive pour le patient.
 - Une aide financière peut être octroyée pour tout patient décédé selon les critères établis dans la **Politique RC-12 – Recouvrement des créances des patients/ garants décédés**.
 - En conséquence 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 (liste non exhaustive) 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 des 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 patient peuvent être considérés comme admissibles à l'aide financière.
 - La période d'admissibilité à l'aide financière est d'une année. PSH a le droit de demander une nouvelle procédure de demande et d'évaluation de la capacité du patient à payer à sa discrétion.

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 figurant ci-dessous doivent être fournis pour vérifier que le patient répond aux critères de revenus et de taille du foyer.
 - La dernière déclaration de revenus fédérale.
 - Les quatre (4) dernières fiches de paie.
 - Les quatre (4) derniers relevés bancaires.
 - Le calcul des indemnités de Sécurité sociale.
 - Les allocations chômage.
 - Les prestations de retraite.
 - La confirmation de la répartition des successions ou des règlements de responsabilité (l'aide financière ne sera pas prise en compte avant le règlement final de la succession ou du litige).
 - Le calcul de l'assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie.
 - La preuve de citoyenneté ou le statut de résident légal permanent (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 garant sera contacté pour fournir des informations complémentaires.

MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉVALUATION

- PSH suspendra les éventuelles mesures de recouvrement extraordinaires prises à l'encontre d'un patient dès lors que ce dernier aura soumis une demande d'aide financière, que cette demande soit complète ou non.

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

Niveau du personnel :	Associés chargés des demandes d'aide financière/ conseillers financiers	Associé principal	Responsable d'équipe	Responsable / Directeur principal du cycle des recettes	Vice-président du cycle des recettes ou directeur financier
Total :	< 500 \$	< 5 000 \$	< 25 000 \$	< 100 000 \$	> 100 000 \$

- Une fois la demande examinée, la décision sera communiquée au garant ou au patient par téléphone et par courrier.
- La personne décisionnaire de l'aide financière enregistrera le compte du patient dans le système de facturation et signera le formulaire « demande d'examen ». Le compte sera ensuite traité par un membre du personnel compétent.

- Si un patient 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'aide financière approuvée, 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 patient, tout paiement antérieur ou suivant reçu sera remboursé au patient.
- 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 patient et appliquera la prise en charge de l'aide financière.
 - Le non-paiement ou le fait de ne pas contacter un conseiller financier 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 figurant 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 : (exemples suivants) :
 - Les revenus du patient 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 patient 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 patient est disposé 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 patient est disposé à mobiliser d'autres ressources pour couvrir une partie du solde.
 - Le patient ne remplit pas de demande d'aide financière, mais les informations sur les revenus/financières suffisantes sont obtenues pour prendre une décision.

Toutes les politiques référencées dans ce document sont disponibles pour consultation sur le site Internet de PSH et 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 au profit d'un patient ou d'un tiers.

POLITIQUES ET REFERENCES ASSOCIEES

L'annexe de cette politique comprend les éléments suivants :

- Annexe A – Prestataires / Services visés par le Programme d'aide financière – St. Joseph Regional Medical Center
- Annexe B – Prestataires / Services visés 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 médecins du Penn State Health St. Joseph Medical Center et du Holy Spirit Health System honoreront ce programme d'aide financière, sauf indication contraire figurant à l'annexe.

APPROBATIONS

Autorisé par :	Paula Tinch, vice-présidente senior et directrice financière
Approuvé par :	Nicholas Haas, vice-président du cycle des recettes

DATES DE CRÉATION ET DE RÉVISION

Date de création : 1/10/2020

Date(s) de révision : 10/10, 02/16, 6/17, 2/18, 10/22, 1/23, 10/23, 2/24

Révisé le : 10/10, 1/12, 12/14, 02/16 – Remplacement de la politique du 10/10 ; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20; 3/21 – combinaison des politiques du Holy Spirit Medical Center et du St. Joseph Medical Center. Retrait de la politique SJMC N°ADM-CRP-008, 11/21, 10/22, 1/23, 10/23, 2/24

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS DE 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 visés par le programme d'aide financière

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

- Anesthésie (Anesthesia)
- Cardiologie – Chirurgie cardiothoracique (Cardiology Cardio Thoracic Surgery)
- Pathologie clinique (Clinical Pathology)
- Médecine d'urgence (Emergency Medicine)
- Médecine pelvienne féminine (Female Pelvic Medicine)
- Chirurgie générale* (General Surgery*)
- Médecins hospitaliers (Hospitalists)
- Maladies infectieuses (Infectious Disease)
- Médecine interne (Internal Medicine)
- Néonatalogie (Neonatology)
- Neurologie (Neurology)
- Neurologie – AVC (Neurology Stroke)
- Neurochirurgie (Neurosurgery)
- Obstétrique – Gynécologie (Obstetrics Gynecology)
- Oncologie (Oncology)
- Chirurgie orthopédique (Orthopedic Surgery)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Médecine palliative (Palliative Medicine)
- Médecins hospitaliers (Pediatric Hospitalists)
- Pharmacie (Pharmacy)
- Chirurgie générale* (Plastic Surgery*)
- Radiologie (Radiology)
- Résidence (Residency Faculty)
- Médecine familiale interne (Residents Family Practice)
- Robotique (Robotics)
- Médecine sportive (Sports Medicine)
- Chirurgie thoracique (Surgery Thoracic)
- Soins d'urgence (Urgent Care)
- Urogynécologie et chirurgie mini-invasive (Urogynecology And Minimally Invasive Surgery)
- Chirurgie vasculaire (Vascular Surgery)
- Soins d'urgence : (Wound Care)



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

- Chirurgie esthétique
- Certaines procédures de pontage gastrique
- Toutes les restrictions qui s'appliquent aux *Directives éthiques et religieuses des services de soins de santé catholiques*.

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 professionnels de la santé est à la charge du patient 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 nécessaires d'un point de vue médical prodigués au Penn State Health St. Joseph Medical Center.

Annexe B

PSH Holy Spirit Health System