

POLITIQUE ET PROCÉDURES DE GREENVILLE HEALTH SYSTEM

Manuel des directives

TITRE DE LA POLITIQUE : Politique d'arrangements financiers et d'aide financière

NUMÉRO DE POLICE : S-020-08

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : Le 1er octobre 2016

REMPLECE : Le 1er octobre 2013

ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE : Fidèle à sa mission de soigner avec compassion, d'enseigner avec innovation et de s'améliorer sans cesse, Greenville Health System (GHS) s'engage à fournir une aide financière aux patients qui ne peuvent pas payer la totalité ou une partie de leur facture.

Une autre responsabilité de Greenville Health System est de générer suffisamment de revenus de façon à fournir des soins de haute qualité à ses patients et de maintenir une position financière saine. Étant donné que la source principale de revenus opérationnels de Greenville Health System consiste en des recouvrements pour les services rendus aux patients, il est impératif que les remboursements de la part des patients ou d'autres parties responsables soient optimisés. Afin de fournir une aide financière adaptée aux collectivités qu'il sert et de maintenir les frais d'hospitalisation au minimum pour la communauté, Greenville Health System a adopté la présente politique.

Les patients ont accès à tous les sites de Greenville Health System, quel que soit leur race, couleur, religion, âge, genre, nationalité d'origine ou tout autre facteur de différenciation discriminatoire. Des services d'urgence ne seront pas refusés à cause d'une incapacité financière. Des arrangements financiers satisfaisants sont exigés avant que des services non urgents ne soient dispensés. Les cas non urgents sans arrangements financiers satisfaisants peuvent être différés avec le consentement d'un médecin.

La présente politique s'applique aux hôpitaux de GHS suivants :

GHS Greenville Memorial Hospital et les hôpitaux et cliniques affiliés
GHS Greer Memorial Hospital
GHS Hillcrest Memorial Hospital
GHS Laurens County Memorial Hospital
GHS North Greenville Long Term Acute Care Hospital
GHS Patewood Memorial Hospital et les hôpitaux et cliniques affiliés
GHS Oconee Memorial Hospital

DÉFINITIONS:

1. AGB - Montants généralement facturés - les montants facturés aux personnes qui sont couvertes par une assurance pour des soins d'urgence ou qui nécessitent une attention médicale.
2. ECA - Mesures de recouvrement extraordinaires - les mesures prises pour recouvrer une créance, incluant mais sans exclure d'autres mesures le signalement des dettes à des bureaux de crédit, la cession des dettes à un tiers et l'exécution de droits de rétention, les saisies-arrêts et autres mesures légales.

3. FPG- Federal Poverty Guideline (publié par le U.S. Department of Health and Human Services).
4. Méthode rétrospective de Medicare - le calcul est fondé sur les réclamations actuelles et antérieures payées à l'établissement hospitalier, que ce soit selon le régime de rémunération à l'acte de Medicare seulement ou selon le régime de rémunération à l'acte de Medicare considéré conjointement avec les compagnies d'assurance-santé privées qui paient les réclamations à l'établissement hospitalier (y compris, pour chaque cas, toutes portions de ces réclamations qui sont payées par les bénéficiaires ou les personnes assurées de Medicare).
5. Circonscription hospitalière desservie - une région géographique desservie par l'hôpital.
6. Établissement de soins tertiaires - un hôpital qui fournit des soins spécialisés assurés par des spécialistes dans un grand hôpital suivant la recommandation d'un praticien de soins de santé primaires et secondaires. Les centres tertiaires comprennent habituellement les suivants :
 - un grand hôpital qui offre habituellement une gamme complète de services, dont la pédiatrie, l'obstétrique, la médecine générale, la gynécologie, les diverses disciplines de la chirurgie et la psychiatrie;
 - un hôpital spécialisé réservé aux soins particuliers d'une sous-spécialité précise (centres pédiatriques, centres d'oncologie, hôpitaux psychiatriques). Les petits hôpitaux dirigeront souvent leurs patients vers un hôpital tertiaire pour des chirurgies majeures, des consultations avec des sous-spécialistes et lorsque des établissements de soins intensifs complexes sont requis.

PROCÉDURE :

Arrangements financiers satisfaisants : tous les arrangements financiers seront pris conformément aux lignes directrices suivantes après que l'état du patient a été déterminé par le praticien :

1. **Patients des services d'urgence** : dès que possible après que les soins nécessaires pour les stabiliser ont été prodigués.
2. **Patients urgents** : avant leur admission ou dès que possible après que les soins nécessaires pour les stabiliser ont été prodigués.
3. **Patients non urgents** : avant la prestation de service.

Dans tous les cas, les arrangements financiers satisfaisants doivent être pris avant que les patients obtiennent leur congé de l'hôpital. Les arrangements financiers satisfaisants peuvent consister en l'une ou l'autre des options suivantes ou en une combinaison de celles-ci :

1. le paiement en totalité des frais estimés est effectué avant la prestation des services;
2. le patient est bénéficiaire de prestations d'assurance-hospitalisation adéquates qu'il est disposé à céder à Greenville Health System pour le paiement des services; une assurance responsabilité civile automobile seule n'est pas considérée comme une assurance hospitalisation adéquate.
3. le parrainage par un tiers, comme Medicare, Medicaid ou toute autre agence sous contrat avec Greenville Health System pour le paiement des soins prodigués aux patients sous réserve d'une vérification de l'admissibilité.
4. si Greenville Health System détermine que le patient n'a pas accès à un mode de paiement pour payer les services. Un patient sera alors déclaré admissible à le soutien caritatif de l'hôpital ou au parrainage de l'hôpital dans le cadre de la Politique d'aide financière en vertu des critères mentionnés dans cette politique. Les critères du programme Medically Indigent Assistance Program (MIAP) sont utilisés comme lignes directrices dans le cadre du soutien caritatif de

l'hôpital. Les lignes directrices afférentes au parrainage de l'hôpital sont déterminées par l'hôpital.

Les taux de réduction spécifiques pour des revenus supérieurs de 200 % à 400 % des FPG sont mis à jour sur une base annuelle et l'ajustement selon un tarif dégressif est fondé sur la méthode rétrospective de Medicare. Ceci est déterminé à partir des réclamations actuelles et antérieures payées à l'établissement hospitalier par le régime de rémunération à l'acte de Medicare considéré conjointement avec toutes les compagnies d'assurance-santé privées qui paient des réclamations à l'établissement hospitalier (y compris, pour chaque cas, toutes portions de ces réclamations qui sont payées par les bénéficiaires ou les personnes assurées de Medicare).

Aucune personne admissible à une aide financière dans le cadre de cette politique ne sera facturée plus pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux nécessaires que les montants généralement facturés (AGB) aux personnes avec une assurance couvrant ces soins. Ceci s'applique à tous les patients si les soins sont urgents ou médicalement nécessaires, sans égard au comté de résidence. Le soutien caritatif de l'hôpital ou le parrainage de l'hôpital ne sont pas disponibles dans le cas de soins non urgents, sauf sur approbation du directeur des finances, du directeur général, Cycle des revenus, du directeur, Accès des patients ou du directeur, Services financiers au patient.

Les demandes connexes aux soins aux indigents présentées par des patients résidant dans un pays étranger et qui ne sont pas citoyens américains et qui souhaitent recevoir des services tertiaires au GHS doivent obtenir l'approbation préalable de l'administrateur en chef des opérations et du directeur des finances.

MÉTHODE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE :

Tous les patients estimant être admissibles à une aide financière sont invités à remplir, signer et soumettre une demande d'aide financière. Pour obtenir le formulaire de demande, vous pouvez utiliser une des quatre options suivantes :

1. aller sur le site Web de GHS à l'adresse <http://www.ghs.org/financial-assistance>;
2. communiquer avec le Service financier des patients de GHS au : (864) 454-9604 ou 1-844-302-8298 (sans frais);
3. envoyer une demande par la poste à : Greenville Health System, 255 Enterprise Blvd., Ste. 250, Greenville, SC 29615, États-Unis, Attn : Financial Counseling.
4. voir le représentant de l'accès des patients à un établissement hospitalier de GHS facility. Les représentants sont disponibles pour fournir une copie du formulaire de demande d'aide financière ou pour aider le patient/répondant à remplir et soumettre la demande.

Les documents qui doivent être fournis avec la demande sont un bordereau de paie récent et les états des revenus de placement et autres sources de revenu. Les personnes qui sont des travailleurs autonomes doivent fournir la déclaration d'impôts personnelle et des entreprises de la dernière année. Le défaut de fournir les documents requis peut entraîner le rejet de la demande d'aide financière.

MESURES DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES (ECA) :

Greenville Health System n'entreprendra pas une action en ECA contre une personne pour obtenir le paiement de soins avant d'avoir fait tous les efforts raisonnables pour déterminer si la personne est admissible à une aide financière dans le cadre de la présente Politique d'arrangements financiers et d'aide financière.

Greenville Health System offre deux options de paiement aux patients d'hôpitaux lorsqu'ils n'ont pas accès au soutien caritatif de l'hôpital, au parrainage de l'hôpital ou à une assurance :

- A. des paiements en interne sans intérêts jusqu'à douze (12) mois;
- B. si des paiements sont nécessaires au-delà de douze (12) mois, des dispositions de paiement raisonnables avec intérêts sont disponibles avec une agence externe pour les patients n'ayant pas d'autres ressources ou de moyens de payer, et qui ne sont pas admissibles au soutien caritatif ou au parrainage de l'hôpital.

Les soldes d'un patient qui n'est pas admissibles au parrainage de l'hôpital ou au soutien caritatif de l'hôpital et qui sont dus peuvent être transférés à une agence de recouvrement ou à procureur ou enregistré un privilège sur un bien immobilier ou personnel. Ces mesures sont décrites plus en détails dans la Politique de facturation et de recouvrement. Les membres du public peuvent obtenir une copie gratuite de cette politique distincte de GHS de la façon indiquée dans la liste de coordonnées à la fin de la présente politique.

Critères d'admissibilité à l'aide financière/caritative :

Les critères suivants sont établis pour le soutien caritatif de l'hôpital :

1. les demandeurs doivent remplir et signer la demande d'aide financière. Cette exigence peut être abandonnée dans le cas où l'ensemble des circonstances indique que le patient serait admissible à un soutien caritatif, mais il est décédé, sans abri, de passage ou incapable de fournir les renseignements requis en raison d'une incapacité physique ou mentale. Ces circonstances doivent être documentées et examinées par le gestionnaire du cycle des revenus avant que le compte du patient puisse être pris en considération pour le soutien caritatif.
2. Les demandeurs doivent satisfaire aux critères suivants :
 - A. l'état de résidence (intention de vivre en Caroline du Sud; les immigrants sont considérés comme des résidents de l'état sauf s'ils maintiennent un domicile dans un autre état);
 - B. être citoyen américain ou être un étranger admis légalement en vue de la résidence permanente;
 - C. Situation institutionnelle (couvre les détenus du comté en attente d'un procès, mais pas les détenus ou les résidents d'autres établissements gouvernementaux);
 - D. Le revenu familial brut ne doit pas excéder 200 % des lignes directrices sur l'administration des services à la communauté (CSA) aussi appelées les Federal Poverty Guidelines (FPG), (voir la pièce jointe « A »).
3. Restrictions relatives aux ressources :
 - A. la résidence principale comprend une place principale de résidence dont la valeur en vertu de l'évaluation foncière est de deux cent mille dollars (200 000 \$) ou moins; avec une valeur nette de moins de trente-cinq mille dollars (35 000 \$);
 - B. les autres ressources comprennent d'autres biens immobiliers ou liquidités ou des valeurs mobilières convertibles en argent non essentielles pour la vie au quotidien du patient; ne doivent pas dépasser une valeur totale combinée de dix mille dollars (10 000 \$). Les véhicules récréatifs sont compris dans la valeur totale des liquidités. Les

véhicules nécessaires pour vaquer aux activités quotidiennes sont exclus des autres ressources.

4. La composition du ménage est utilisée pour calculer le niveau de soutien caritatif fondé sur le revenu et le nombre de personnes de la famille dont le répondant est financièrement responsable. Ce sont la ou les personne(s) déclarée(s) sur la déclaration d'impôt de la personne. La composition du ménage est définie de la façon suivante :
 - A. un adulte - une personne âgée d'au moins dix-huit (18) ans ou une personne plus jeune qui est ou a été mariée ou dont les déficiences de l'âge mineur ont été retirées aux fins d'un objectif général;
 - B. les couples non mariés - des adultes qui vivent ensemble et qui produisent des déclarations d'impôt conjointes ou possèdent une propriété ensemble;
 - C. un curateur - une personne désignée par la cour qui a la charge légale d'assister un mineur;
 - D. un enfant mineur - une personne allant jusqu'à son dix-neuvième (19^e) anniversaire, le mois de l'anniversaire compris, (ou le vingt-sixième (26^e) anniversaire) et déclarée comme personne à charge sur la déclaration d'impôt fédéral d'un adulte. Une personne âgée de plus de dix-huit (18) ans est considérée comme étant son propre répondant et le revenu de ses parents n'est pas pris en compte dans la détermination de son admissibilité au soutien caritatif. Lorsqu'une demande est présentée et qu'une personne de plus de dix-huit (18) ans est déclarée sur la déclaration d'impôt d'une personne comme personne à charge, cette personne fait partie de la composition du ménage, mais ne compte pas dans le revenu.
5. Le délai maximal pour la présentation de la demande pour le soutien caritatif de l'hôpital est de huit (8) mois à partir de la date de la prestation de service. La durée de l'admissibilité sera d'un (1) an à partir de la date de la demande. Les exceptions sont les suivantes :
 - A. Les comptes en attente de Medicaid, de SSI et de la Social Security Disability depuis plus de huit (8) mois et dont les prestations ont été refusées, mais qui sont admissibles au soutien caritatif de l'hôpital. Dans ce cas, la durée de la demande couvre tout solde impayé au moment de la détermination pour Medicaid, Supplemental Social Security Income (SSI) ou Social Security Disability.
 - B. Les comptes comprenant une couverture de la garantie qui sont en litige depuis plus de huit (8) mois et dont le règlement médical a été refusé, ou qui ont obtenu un règlement médical limité et qui sont admissibles au soutien caritatif de l'hôpital.
 - C. Les comptes qui ont eu une propriété en succession plus de huit (8) mois sans actifs et qui sont admissibles au soutien caritatif de l'hôpital.
 - D. Les comptes où une assurance a été enregistrée et où il y a eu un délai de plus de (8) mois concernant le paiement de l'assurance.
6. Les renseignements sur le revenu, les biens, la résidence, etc., fournis par le patient seront vérifiés par le biais d'une enquête électronique auprès des fournisseurs. Les écarts de revenu dépassant cinq mille dollars (5 000 \$) entre les renseignements fournis par le patient/représentant du patient et les résultats de l'enquête électronique, nécessiteront une attestation signée par le patient/représentant du patient; ou un autre document justificatif à être déterminé au moment du traitement. Dans le cas où des documents supplémentaires sont demandés, mais non reçus (par exemple, incluant mais sans en exclure d'autres : un bordereau de paie récent, une lettre sur les biens immobiliers, des états de comptes bancaires, la plus récente déclaration d'impôt ou tout autre document financier), le compte sera déplacé de quatorze jours après la demande et pourra être rejeté pour défaut de soumettre les documents demandés.

Advenant que le demandeur ne satisfait pas aux critères afférents au soutien caritatif de l'hôpital, mais qu'il mérite une prise en considération pour de l'aide, ce demandeur fera l'objet d'une évaluation pour le parrainage de l'hôpital fondée sur les critères définis dans la présente politique.

S'il apparaît au cours du processus de recouvrement qu'un patient n'a pas accès à un mode de paiement pour payer les services, qu'il ne satisfait pas aux critères pour un soutien caritatif de l'hôpital et qu'il est déclaré admissible pour le parrainage de l'hôpital, les frais seront adaptés selon le niveau de parrainage documenté dans le compte du patient. Les médecines de groupe de l'hôpital peuvent aussi utiliser ces critères pour déterminer le parrainage de l'hôpital pour les patients de leurs groupes. Le parrainage de l'hôpital constitue un arrangement financier satisfaisant.

Le vice-président et le directeur des services financiers détermineront le pourcentage des critères utilisés pour le parrainage sur une base annuelle. Le système hospitalier se réserve le droit de définir les dépenses maximales en soutien caritatif, les circonscriptions hospitalières, les frais courants, les services exclus, les grilles de réduction des frais, les responsabilités des patients et d'autres paramètres d'affaires conformes avec la gestion prudente de Greenville Health System.

Critères d'admissibilité à l'aide financière/parrainage de l'hôpital :

Les critères suivants sont établis pour le parrainage de l'hôpital :

1. Les restrictions relatives au revenu et aux ressources sont les suivantes :
 - A. Revenu :
 - i. Le revenu familial brut ne doit pas excéder 400 % des lignes directrices relatives à la pauvreté de l'Administration des services à la communauté (CSA) aussi appelées les Federal Poverty Guidelines (FPG), (voir la pièce jointe « A »). Le niveau de parrainage est fondé sur le revenu annuel et le solde total dû par le patient sur tous les comptes impayés au moment où l'admissibilité à un parrainage de l'hôpital est déterminé.
 - B. Résidence principale :
 - i. Une place principale de résidence dont la valeur en vertu de l'évaluation foncière est de deux cent mille dollars (200 000 \$) ou moins; avec une valeur nette de moins de cent mille dollars (100 000 \$); Les patients qui ont une résidence principale d'une valeur nette de cent mille dollars (100 000 \$) ou plus et qui ne peuvent pas emprunter sur la valeur nette seront pris en considération pour un parrainage s'ils fournissent une lettre d'un prêteur hypothécaire confirmant que le patient/répondant n'est pas admissible à un emprunt.
 - C. Autres ressources :
 - i. d'autres biens immobiliers ou liquidités ou des valeurs mobilières convertibles en argent non essentielles pour la vie au quotidien du patient; ne doivent pas dépasser une valeur totale combinée de dix mille dollars (10 000 \$). Les véhicules récréatifs sont compris dans la valeur totale des liquidités. Les véhicules nécessaires pour vaquer aux activités quotidiennes sont exclus des autres ressources.
 - ii. Si le patient, son époux/épouse ou ses parent(s), si le patient est un enfant, possède une entreprise, une copie de la déclaration d'impôt de la dernière

année doit être soumise en entier. La valeur de l'entreprise est considérée comme une ressource.

2. La composition du ménage est utilisée pour calculer le niveau de parrainage fondé sur le revenu et le nombre de personnes de la famille dont le répondant est financièrement responsable. Ce sont la ou les personne(s) déclarée(s) sur la déclaration d'impôt de la personne.
 - A. Un adulte - une personne âgée d'au moins dix-huit (18) ans ou une personne plus jeune qui est ou a été mariée ou dont les déficiences de l'âge mineur ont été retirées aux fins d'un objectif général.
 - B. Les couples non mariés - des adultes qui vivent ensemble et qui produisent des déclarations d'impôt conjointes ou possèdent une propriété ensemble. Dans le cas où un écart existerait entre les renseignements fournis dans la demande et les documents justificatifs, des documents supplémentaires peuvent être demandés (p. ex. déclaration d'impôt)/
 - C. Le curateur - une personne désignée par la cour qui a la charge légale d'assister un mineur;
 - D. Un enfant mineur - une personne allant jusqu'à son dix-neuvième (19^e) anniversaire, le mois de l'anniversaire compris, (ou le vingt-sixième (26^e) anniversaire) et déclarée comme personne à charge sur la déclaration d'impôt fédéral d'un adulte. Une personne âgée de plus de dix-huit (18) ans est considérée comme étant son propre répondant et le revenu de ses parents n'est pas pris en compte dans la détermination de son admissibilité au soutien caritatif. Lorsqu'une demande est présentée et qu'une personne de plus de dix-huit (18) ans est déclarée sur la déclaration d'impôt d'une personne comme personne à charge, cette personne fait partie de la composition du ménage, mais ne compte pas dans le revenu.
3. Le délai maximal pour la présentation d'une demande de parrainage de l'hôpital est de huit (8) mois à partir de la date de la prestation de service. Si la demande d'aide n'est pas datée, la date du timbre « Reçu » estampillée sur la demande sera utilisée. La durée de l'admissibilité sera d'un (1) an à partir de la date de la demande. Les exceptions sont les suivantes :
 - A. Les comptes en attente de Medicaid, de Supplemental Social Security Income (SSI) et de la Social Security Disability depuis plus de huit mois et dont les prestations ont été refusées, mais qui sont admissibles au parrainage de l'hôpital. Dans ce cas, la durée de la demande couvre tout solde impayé au moment de la détermination pour Medicaid, Supplemental Social Security Income (SSI) ou Social Security Disability.
 - B. Les comptes comprenant une couverture de la garantie qui sont en litige depuis plus de huit (8) mois et dont le règlement médical a été refusé, ou qui ont obtenu un règlement médical limité et qui sont admissibles au parrainage de l'hôpital.
 - C. Les comptes qui ont eu une propriété en succession plus de huit (8) mois sans actifs et qui sont admissibles au parrainage de l'hôpital.
 - D. Les comptes où une assurance a été enregistrée et où il y a eu un délai de plus de (8) mois concernant le paiement de l'assurance.
 - E. La perte récente du revenu ou de l'emploi sera prise en considération eu égard aux comptes impayés. Si l'approbation est obtenue pour de l'aide, le parrainage ne s'appliquera que pour les comptes impayés qui satisfont à tous les autres critères au moment de l'approbation. Le soutien caritatif ou le parrainage ne sera pas ajouté au dossier du patient pour les futures dates de prestation de service, mais ils

peuvent être appliqués de nouveau lorsque des services supplémentaires sont reçus.

4. Si le patient est décédé et qu'il n'y a pas d'héritiers, le ou les compte(s) du patient seront ajustés en fonction du parrainage de l'hôpital.
5. Événement catastrophique :
 - A. Lorsque les comptes hospitaliers du patient s'élèvent à plus de deux (2) fois le revenu annuel brut du ménage, les critères suivants seront pris en considération au moment de déterminer l'admissibilité au parrainage :
 - i. La valeur estimée de The tax appraised value of the primary place of residence may exceed the two hundred thousand dollars (\$200,000).
 - ii. La valeur nette de la place principale de résidence peut dépasser trente-cinq mille (35 000) dollars.
 - iii. Les liquidités peuvent être prises en compte au moment de déterminer le parrainage.
 - iv. Le parrainage dans le cas d'un événement catastrophique peut être approuvé pour des comptes impayés pour des dates de prestation de services incluses dans un délai de huit (8) mois de la date de la demande. Le soutien caritatif ou le parrainage ne sera pas ajouté au dossier du patient pour les futures dates de prestation de service, mais ils peuvent être appliqués de nouveau lorsque des services supplémentaires sont reçus.
6. Les renseignements sur le revenu, les biens, la résidence, etc., fournis par le patient seront vérifiés par le biais d'une requête électronique aux fournisseurs. Les écarts de revenu dépassant cinq mille dollars (5 000 \$) entre les renseignements fournis par le patient/représentant du patient et les résultats de l'enquête électronique, nécessiteront une attestation signée par le patient/représentant du patient; ou un autre document justificatif à être déterminé au moment du traitement. Dans le cas où des documents supplémentaires sont demandés (par exemple : un bordereau de paie récent), le compte sera déplacé de trente jours après la demande et peut être rejetée pour défaut de fournir les documents demandés.

Greenville Health System s'adapte à toutes les populations importantes ayant une compréhension limitée de l'anglais en traduisant des copies de sa Politique d'arrangements financiers et d'aide financière, du formulaire de demande d'aide financière et de ce résumé dans les langues principales parlées par ces populations.

La Politique d'arrangements financiers et d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière, la Politique de facturation et de recouvrement, de même que les renseignements à propos des processus de demande d'aide financière sont largement publicisés. Ces renseignements peuvent être obtenus par un des moyens suivants :

1. Aller sur le site Web de GHS à l'adresse <http://www.ghs.org/financial-assistance>.
2. Appeler le Service financier des patients de GHS au : (864) 454-9604 ou 1-844-302-8298 (sans frais).
3. Envoyer une demande par la poste à : Greenville Health System, 255 Enterprise Blvd., Ste. 250, Greenville, SC 29615, États-Unis, Attn de : Financial Counseling.
4. Voir le représentant de l'accès des patients à un établissement hospitalier de GHS facility.

S'il est déterminé qu'un patient n'a pas accès à un mode de paiement pour payer les services et qu'il est déclaré admissible pour le soutien caritatif de l'hôpital ou le parrainage de l'hôpital, les frais seront adaptés selon le niveau de soutien caritatif ou de parrainage documenté dans le compte du patient. Fournisseur particulier aux patients vus dans les établissements de Greenville Memorial Hospital, et aux fins du programme 340B relatif aux médicaments, les pharmaciens sous contrat étendront les réductions aux patients du programme de parrainage de l'hôpital. Le soutien caritatif de l'hôpital et le parrainage de l'hôpital constituent des arrangements financiers satisfaisants.

Le vice-président et le directeur des services financiers détermineront le pourcentage des critères utilisés pour le soutien caritatif et le parrainage sur une base annuelle. Le Greenville Health System se réserve le droit de définir les dépenses maximales en soutien caritatif, les circonscriptions hospitalières, les frais courants, les services exclus, les grilles de réduction des frais, les responsabilités des patients et d'autres paramètres d'affaires conformes avec la gestion prudente de Greenville Health System et des médecines de groupe compris dans son engagement envers la communauté.

Tableau pour la détermination des prestations d'aide financière

TABLEAU POUR LA DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE SOUTIEN CARITATIF DE L'HÔPITAL	
Nombre de personnes dans la famille	Niveau de revenu*
1	\$23 760 \$
2	\$32 040
3	\$40 320
4	\$48 600
5	\$56 880
6	\$65 160
7	\$73 460
8	\$81 780
Pour les familles de 9 personnes et plus, ajouter	\$8 320
Prestations à donner	100 %

*200 % des directives sur la pauvreté

TABLEAU POUR LA DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE PARRAINAGE DE L'HÔPITAL		
Nombre de personnes dans la famille	Niveau de revenu* 0 à 200 %	Nive de revenu 201 à 400 %
1	\$23 760	\$47 520
2	\$32 040	\$64 080
3	\$40 320	\$80 640
4	\$48 600	\$97 200
5	\$56 880	\$113 760
6	\$65 160	\$130 320
7	\$73 460	\$146 920
8	\$81 780	\$163 560

Pour les familles de 9 personnes et plus, ajouter	\$8 320	\$16 640
Prestations à donner	100 %	76 %

*200 % des directives sur la pauvreté