

OBJET :

Cette politique a pour objet de définir les exigences du programme d'aide financière de Kettering Health (KH), y compris les processus de demande.

DÉFINITIONS :

Montant généralement facturé (AGB) : tel que défini dans le code 26 CFR 1.501(r) 1(b)(1) de l'Internal Revenue Service (IRS), les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes disposant d'une assurance couvrant ces soins.

État médical d'urgence : tel que défini dans le code IRS 42 CFR 489.24(b), c'est-à-dire :

1. Un état de santé qui se manifeste par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense, des troubles psychiatriques et/ou des symptômes de toxicomanie) de sorte que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement avoir les conséquences suivantes :
 - a. Mettre gravement en danger la santé d'une personne (ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la femme ou de son enfant à naître) ;
 - b. Déficience grave des fonctions corporelles ; ou
 - c. Dysfonctionnement grave de tout organe ou de toute partie du corps ; ou
2. Concernant une femme enceinte qui a des contractions :
 - a. Un temps insuffisant pour permettre un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement ; ou
 - b. Ce transfert pourrait constituer une menace pour la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître.

Actions de recouvrement extraordinaires (ECA) : une liste des activités de recouvrement, telles que définies par l'IRS, que les organismes de santé peuvent entreprendre à l'encontre d'une personne pour obtenir le paiement des soins après que des efforts raisonnables ont été faits pour déterminer si la personne est éligible à une aide financière.

Taille de la famille et revenus du foyer : les membres de la famille âgés de 18 ans et plus comprennent le conjoint, le « partenaire domestique » (domestic partner) tel que défini par l'État et les enfants à charge de moins de 21 ans, qu'ils vivent ou non dans le foyer. Les membres de la famille des personnes âgées de moins de 18 ans comprennent les patients, les parents soignants ou d'autres enfants âgés de moins de 21 ans, qu'ils vivent ou non au foyer. Les revenus comprennent les salaires, les retraits mensuels de retraite et les rentrées d'argent avant impôts. Les autres sources de revenus peuvent inclure, sans s'y limiter, les pensions alimentaires, les allocations de vétérans, les indemnités de chômage et les gains monétaires hérités.

Lignes directrices fédérales/niveau de pauvreté (FPG/FPL) : lignes directrices en matière de niveau de pauvreté mises à jour périodiquement dans le Federal Register par le Department of Health and Human Services sous l'autorité de 42 USC 9902(2).

Politique d'aide Financière (FAP) : politique hospitalière qui prend en compte le revenu et la taille de la famille pour déterminer une réduction sur les frais facturés.

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soin Medical Center, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

Programme d'assurance des soins hospitaliers (HCAP) : Le HCAP est le mécanisme mis en place par le Department of Medicaid de l'Ohio pour répondre à l'exigence fédérale d'accorder des paiements supplémentaires aux hôpitaux qui fournissent une part disproportionnée de services non compensés aux indigents et aux non-assurés. Les patients doivent être au-dessous de 100 % du FPG et résider dans l'État de l'Ohio.

Échelle mobile de KH : une liste des programmes d'aide financière disponibles avec les conditions d'éligibilité des revenus et les pourcentages de réduction offerts.

Soins médicalement nécessaires : les services hospitaliers tels que définis dans le chapitre 5160-1-01 du code administratif de l'Ohio, qui comprend les services hospitaliers et ambulatoires couverts par le programme Medicaid et qui sont définis comme des services destinés à traiter un état de santé qui, en l'absence de soins médicaux, met gravement en péril la santé de l'individu et/ou entraîne une altération grave des fonctions corporelles ou un dysfonctionnement grave d'un organe corporel.

Admissibilité présumée : le processus par lequel Kettering Health peut utiliser des déterminations d'éligibilité antérieures et/ou des informations provenant de sources autres que celles fournies directement par l'individu pour déterminer l'éligibilité au programme d'aide financière..

Aide publique : Medicaid ou autre aide financée par le gouvernement

POLITIQUE :

KH s'engage à fournir une aide financière aux patients qui ont demandé des soins d'urgence ou médicalement nécessaires et qui remplissent les conditions d'éligibilité au programme d'aide financière décrites dans la présente politique.

KH n'entamera pas d'actions de recouvrement extraordinaires (ECA) à l'encontre d'une personne pour obtenir le paiement de soins avant que KH n'ait fait des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est éligible à une aide pour les soins dans le cadre du programme d'aide financière décrit dans la présente politique.

En outre, KH interdit toute action qui dissuaderait les personnes de rechercher des soins médicaux d'urgence, par exemple en exigeant que les patients des services d'urgence paient avant de recevoir un traitement pour des conditions médicales d'urgence ou en autorisant des activités de recouvrement de dettes qui interfèrent avec la fourniture, sans discrimination, de soins médicaux d'urgence. KH fournira, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence ou des soins médicalement nécessaires, tels que définis dans la présente politique, aux personnes, indépendamment de leur capacité à payer, de leur éligibilité au titre de la présente politique ou de leur éligibilité à l'aide publique.

PROGRAMMES : KH fournit des services gratuits ou à prix réduit aux patients éligibles pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires. Ces programmes sont les suivants :

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soim Medical Center, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

1. **Hospital Care Assurance Program (HCAP)** . Le HCAP, ou Programme d'assurance des soins hospitaliers, administré par le Department of Medicaid de l'Ohio, fournit un financement aux hôpitaux qui fournissent une part disproportionnée de services non compensés aux indigents et aux non-assurés.
2. **Programme d'aide financière.** Le programme d'aide financière de KH fournit une aide aux personnes éligibles pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires conformément à l'échelle mobile de KH. Les personnes cherchant de l'aide dans le cadre de cette politique ne sont éligibles qu'une fois que toutes les ressources tierces ont été épuisées. Les personnes sont censées coopérer avec les demandes d'informations de KH ou de ses représentants/agents autorisés. Les personnes doivent remplir la procédure de demande de Medicaid pour pouvoir bénéficier d'une aide financière.

Les personnes non assurées ou insuffisamment assurées peuvent bénéficier d'autres programmes de réduction pour les services d'urgence ou médicalement nécessaires. Ces remises ne peuvent être combinées avec d'autres programmes de remise, sauf si ces programmes l'autorisent explicitement.

L'aide financière n'est pas applicable à certains services ou programmes hospitaliers pour lesquels des tarifs préférentiels ont déjà été pris en considération.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

Une aide financière sera envisagée pour les personnes non assurées ou « sous-assurées » qui ont des frais médicaux éligibles et qui ne sont pas en mesure de payer leurs soins, sur la base de la détermination des besoins financiers conformément à la présente politique. Cette aide peut dépendre de l'une des conditions suivantes :

1. La personne n'a pas de couverture d'assurance au tiers
2. Les prestations de Medicare ou Medicaid ont été épuisées et l'individu n'a plus la capacité de payer
3. La personne est assurée, mais est éligible à une aide en fonction de ses besoins financiers pour payer le solde des soins après la prise en charge par l'assurance.
4. La personne répond aux critères de bienfaisance du programme HCAP de l'Ohio

CRITÈRE D'ÉLIGIBILITÉ :

L'éligibilité au programme d'aide financière de KH dépend des niveaux de revenus allant jusqu'à 400 % du FPG/FPL. Elle est par ailleurs calculée au prorata conformément à l'échelle mobile de KH. De plus, KH peut utiliser les actifs d'une famille pour déterminer si une personne remplit les critères d'éligibilité à l'aide financière.

1. Revenus. Les revenus seront vérifiés à l'aide d'états financiers personnels ou en obtenant un exemplaire du formulaire W2 le plus récent, du formulaire 1040, des relevés bancaires ou de tout autre document attestant des revenus. La divulgation verbale et la reconnaissance des revenus du foyer peuvent constituer une preuve acceptable pour être éligible à l'aide financière de base de KH.
2. Actifs. Il peut arriver que des personnes n'aient pas déclaré de revenus mais disposent d'actifs importants pour payer les soins de santé. KH peut évaluer et exiger des preuves documentées de tout actif considéré comme convertible en espèces et qui n'est pas nécessaire pour couvrir les dépenses quotidiennes essentielles du patient.

PRESTATAIRES ÉLIGIBLES :

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soins Médicaux Center, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

Cette politique s'applique uniquement aux frais de KH éligibles. Les patients de KH peuvent également être examinés par des groupes de médecins privés ou d'autres prestataires tiers. Ces prestataires de soins de santé ne sont pas couverts par cette politique et ne participent pas au programme d'aide financière de KH ; toutefois, ces prestataires peuvent avoir leur propre programme d'aide financière.

Une liste des prestataires participants et non participants, mise à jour trimestriellement, fait l'objet d'un document séparé qui n'est pas joint à la présente politique. Les particuliers peuvent obtenir gratuitement cette liste sur le site Internet de KH, www.ketteringhealth.org/financial, ou en contactant le service client de KH au (866)-319-2981.

PROCESSUS DE DEMANDE :

Pour postuler au programme d'aide financière de KH, les personnes doivent soumettre une **demande dûment remplie** comprenant les documents justificatifs requis et/ou demandés, soit en personne, soit par courrier, soit par voie électronique.

1. Le formulaire d'aide financière est disponible dans les services d'urgence et les zones d'enregistrement de l'hôpital, ainsi que sur le site web de KH à l'adresse www.ketteringhealth.org/financial. Les personnes peuvent également demander le formulaire par courrier ou par courriel en contactant un conseiller financier à financialcounselors@ketteringhealth.org.
2. Le formulaire de demande dûment rempli doit être signé par la personne ou son représentant autorisé, le cas échéant. En plus de remplir le formulaire de demande, les personnes doivent fournir, entre autres, les documents suivants :
 - a. Preuve des revenus du demandeur (et du conjoint, le cas échéant) : talons de chèque de paie, talons de chèque de chômage ou autres informations sur la manière dont les patients subviennent actuellement à leurs besoins financiers.
 - b. Relevés bancaires
 - c. Déclaration d'impôt
 - d. Documentation des actifs
3. La demande d'aide financière sera examinée jusqu'à 240 jours après le premier relevé de facturation postérieur à la sortie de l'hôpital.
4. KH peut utiliser, à titre exceptionnel, une détermination antérieure de l'éligibilité à l'aide financière comme base pour déterminer l'éligibilité actuelle lorsque la personne n'est pas en mesure de fournir des documents suffisants pour étayer une détermination d'éligibilité. En outre, une demande de financement sera considérée comme valide jusqu'à six (6) mois après la dernière date d'approbation de la demande.
5. KH examinera la demande et les documents justificatifs reçus afin de déterminer l'éligibilité aux pourcentages de réduction appropriés conformément à l'échelle mobile de KH.

DEMANDES COMPLÈTES DU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE : si une personne soumet une demande dûment remplie pendant la période de candidature, KH :

1. Suspendra toutes les ECA pour obtenir le paiement des soins ;
2. Déterminera et documentera en temps utile l'éligibilité d'une personne à l'aide financière et informera la personne par écrit de la détermination de l'éligibilité, y compris, le cas échéant, de l'aide à laquelle la personne est éligible et de la base de cette détermination.
3. Si KH détermine que la personne est éligible à la FAP pour les soins, y compris l'éligibilité présumée, KH prendra les mesures suivantes :

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soins Médicaux, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

AIDE FINANCIÈRE PF-KH

Page 5 sur 8

- a. Fournir à la personne un relevé de facturation et une lettre (non requis pour un solde de 0 \$) qui indique le montant que la personne doit pour les soins en tant que personne admissible à la FAP et la façon dont ce montant a été déterminé et qui indique, ou décrit comment la personne peut obtenir des renseignements concernant le montant généralement facturé (AGB) pour les soins.
- b. Rembourser les paiements excédentaires aux personnes, à condition qu'il n'y ait pas d'autres soldes dus qui ne soient pas éligibles à l'aide financière
- c. Prendre toutes les mesures raisonnablement possibles pour annuler toute ECA (à l'exception d'une vente de dette) prise à l'encontre de la personne afin d'obtenir le paiement des soins.

ÉLIGIBILITÉ PRÉSUMÉE :

Certaines personnes peuvent être éligibles au programme d'aide financière de KH sans qu'un dossier de candidature ait été rempli. KH peut utiliser différentes circonstances de la vie individuelle qui comprennent, sans s'y limiter, la liste ci-dessous comme base de l'éligibilité présumée.

1. Sans-abri ou ayant reçu des soins d'une clinique pour personnes sans-abri.
2. Personne décédée sans succession connue.
3. Personne incarcérée.
4. Personne éligible à Medicaid mais pas à la date de la prestation.

KH peut également utiliser l'évaluation d'un tiers pour déterminer si les personnes ont droit à une aide financière présumée. Les personnes qui ont été présumées éligibles à une aide inférieure à l'aide financière maximale dans le cadre du programme d'aide financière de KH peuvent soumettre des informations supplémentaires décrites dans la présente politique en vue d'un examen plus approfondi.

ÉCHELLE GLISSANTE DE KH :

PROGRAMME	% FPL	REMISE
HCAP	0 % - 100 %	100 %
Aide financière – prolongée	0 % - 250 %	100 %
Aide financière – de base	251 % - 400 %	80 %

Pour les services d'urgence ou médicalement nécessaires, KH ne facturera pas aux personnes éligibles à la FAP un montant supérieur au montant généralement facturé (AGB) fixé dans la présente politique.

MONTANT GÉNÉRALEMENT FACTURÉ (AGB) :

KH détermine l'AGB en utilisant la méthode dite de « rétrospection ». Conformément à l'article 1.501(r)- 5(b)(3)(i) du code de l'IRS, KH calcule son pourcentage AGB sur la base de la rémunération à l'acte de Medicare et de tous les assureurs de santé privés qui versent des demandes de remboursement à KH. Le pourcentage AGB est calculé en divisant la somme de toutes les demandes acceptées par les assureurs privés (y compris Medicare Advantage) et Medicare (Traditional) par la somme des frais bruts associés aux demandes de services avec une date de sortie de la période de 12 mois précédente.

Chaque hôpital relevant du même accord avec Medicare calcule son propre AGB séparément, mais KH utilise la même remise pour l'ensemble de KH sur la base du pourcentage d'AGB qui a donné lieu à la remise la plus importante.

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soins Médicaux, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

DÉTERMINATION DE L'ÉLIGIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE AVANT L'ACTION EN NON-PAIEMENT :

KH fait des efforts raisonnables pour déterminer si une personne peut bénéficier d'une aide au titre de la politique avant son admission ou au moment de son admission ou de la prestation de soins. Si une personne n'a pas été jugée éligible à l'aide financière avant sa sortie de l'hôpital ou de la prestation, KH facturera les soins.

Si la personne est assurée, KH facturera le ou les prestataires d'assurance figurant sur le dossier. Après paiement ou réponse de la ou des prestataires d'assurance de la personne, tout solde incombant au patient sera facturé directement à la personne. Dans les cas où le paiement par l'assurance d'un remboursement est interrompu parce que la personne doit fournir des informations supplémentaires à son assureur, les frais seront facturés directement à la personne.

Si la personne n'est pas assurée, KH lui facturera les frais.

RELEVÉ DE FACTURATION :

1. Les personnes recevront une série de relevés jusqu'à quatre niveaux de relevés, délivrés selon la méthode préférée du patient, soit par courrier à l'adresse figurant dans le dossier, soit par voie électronique. Seuls les comptes dont le solde est impayé recevront un relevé de facturation. Les représentants de KH et/ou les agents autorisés peuvent tenter de contacter les personnes pendant le cycle de facturation, ce qui sera documenté dans le dossier du compte de la personne.
2. Les relevés de facturation comprennent les informations suivantes :
 - a. Date(s) des soins
 - b. Brève description des soins
 - c. Montant dû pour les soins fournis
 - d. Coordonnées pour les demandes de renseignements et les litiges en matière de facturation
 - e. Coordonnées pour les demandes d'aide financière
3. Le relevé de facturation comprend uniquement les services de Kettering Health Medical Group (KHMG) et des établissements hospitaliers de KH. Les déclarations des services de transport de Kettering, des médecins ne faisant pas partie de KHMG ou d'autres établissements ne faisant pas partie de KH et impliqués dans vos soins seront envoyées séparément. Pour obtenir de l'aide concernant ces déclarations supplémentaires, veuillez contacter directement le cabinet du médecin ou l'établissement.

MESURES PRISES EN CAS DE NON-PAIEMENT :

KH fera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à une aide financière avant d'entamer des ECA. KH ou ses agents autorisés n'entameront d'ECA pendant au moins 120 jours à compter de la date à laquelle KH fournit le premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital. Une autorisation préalable doit être obtenue avant de pouvoir entamer des ECA. Si KH approuve d'entamer des ECA, avant que ces ECA ne soit entamés, KH ou son agent autorisé :

1. Fournira à la personne un avis écrit qui :
 - a. Indique qu'une aide financière est disponible pour les personnes éligibles ;
 - b. Identifie la ou les ECA que KH ou ses agents autorisés ont l'intention de lancer pour obtenir le paiement des soins ; et
 - c. Fixe un délai après lequel un ou des ECA peuvent être entamés, qui ne peut être inférieur à 30 jours à compter de la date de la communication de l'avis écrit
2. Fournit à la personne un résumé en langage clair (PLS) de la FAP de KH

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, SoIn Medical Center, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

3. Fait un effort raisonnable pour informer oralement la personne de l'existence de la FAP de KH et de la manière dont elle peut obtenir de l'aide dans le cadre de la procédure de demande.

EXAMEN ET APPROBATION :

Le vice-président du cycle des recettes de KH ou le responsable principal des services financiers aux patients est habilité à examiner et à déterminer si des efforts raisonnables ont été faits pour évaluer si la personne est éligible à une aide au titre de la présente politique avant le lancement de toute ECA.

MESURES VISANT À FAIRE LARGEMENT CONNAÎTRE LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'AIDE FINANCIÈRE :

La FAP de KH, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage clair (PLS) de la FAP de KH (collectivement les documents de la FAP) sont transparents et largement accessibles aux communautés desservies sur le site web de KH, www.ketteringhealth.org/financial, et sur demande dans tous les services d'urgence de KH et dans les zones d'enregistrement.

La signalisation de KH qui notifie et informe les patients que KH offre une aide financière, y compris comment et où obtenir plus d'informations sur le programme, la procédure de demande, et comment se procurer des exemplaires des documents de la FAP, sera affichée de manière visible dans les lieux publics des établissements de KH, y compris, au minimum, dans la salle des urgences et les zones d'admission.

KH offre un exemplaire papier du résumé en langage clair (PLS) de la FAP de KH aux patients dans le cadre de la procédure d'admission.

Les personnes peuvent demander des exemplaires, sans frais, de tout document de la PAP par courrier postal ou électronique en contactant un conseiller financier à financialcounselors@ketteringhealth.org.

KH prend également en compte d'autres populations dont les compétences en anglais sont limitées en traduisant les documents de la FAP publiés par les Centers for Medicare and for Medicaid Services (CMS) dans les 15 principales langues de l'Ohio autre que l'anglais.

INFORMATIONS :

Pour toute question ou préoccupation supplémentaire concernant cette politique, les demandes ou les programmes disponibles, veuillez appeler le lieu où vous êtes programmé ou avez reçu des soins aux numéros de téléphone indiqués ci-dessous, ou le service clientèle de KH au (866)-319-2981.

ÉTABLISSEMENT	EMPLACEMENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
Centre médical comportemental Kettering Health Un service de Kettering Health Miamisburg	5350 Lamme Rd Moraine, OH 45439	937-384-8774
Kettering Health Dayton	405 West Grand Ave Dayton, OH 45405	937-723-3237
Kettering Health Greene Memorial	1161 North Monroe Dr Xenia, OH 45385	937-352-2201
Kettering Health Hamilton	630 Eaton Ave Hamilton, OH 45013	513-867-2301

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soins Médicaux, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]

Kettering Health Main Campus	3535 Southern Blvd Kettering, OH 45429	935-395-8880
Kettering Health Miamisburg	4000 Miamisburg Centerville Rd Miamisburg, OH 45342	937-384-8774
Kettering Health Troy	600 West Main St Troy, OH 45373	937-980-7001
Kettering Health Washington Township	1997 Miamisburg Centerville Rd, Washington Township, OH 45459	937-401-6215
Soin Medical Center – Kettering Health	3535 Pentagon Blvd Beavercreek, OH 45431	937-702-4875

SERVICE DE PARRAINAGE :

Cycle de recettes du réseau

SERVICES CONCERNÉS :

Tous les services des hôpitaux
de KH

DATE D'ORIGINE :

03/10/17

Politique à l'échelle de l'organisation de Kettering Health (KH)

KH adopte cette politique pour KH Main, KH Miamisburg, KH Behavioral Medical Center, KH Dayton, KH Washington Township, KH Greene Memorial, Soin Medical Center, KH Hamilton, KH Troy, KH Medical Group, KH Transportation Services, tous les hôpitaux hors site et les installations de KH, KH Senior Living et Kettering Network Services.

[En filigrane : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 28/09/2023]