McLaren HEALTH CARE		Titre du document :	Politique d'aide financière
Date d'entrée en vigueur :	07/01/2016	Numéro de la politique :	PA0003
Date de révision :	06/03/2025	Section :	Cycle des recettes
Date révisée :	06/03/2025	Niveau de supervision :	Corporatif
Responsabilité administrative :	Directeurs régionaux, Accès aux patients Directeurs régionaux, McLaren Medical Group (MMG)		

1. Objectif

1.1 Conformément aux valeurs de McLaren Health Care (MHC) pour améliorer la santé et le bien-être de nos patients et pour assurer l'intendance responsable de notre confiance du public, nous fournirons une aide financière aux patients qui qualifient.

Dans la mise en œuvre de cette politique, McLaren Health Care a l'intention, et doit, se conformer à l'article 501(r) de l'Internal Revenue Code, de la Public Act 107 et de toutes les autres lois fédérales, étatiques et locales, les règles et règlements qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique.

2. Étendue

2.1 MHC, ses filiales et les entreprises contrôlées majoritairement. Cette politique concerne toutes les personnes qui recherchent des services dans un établissement du MHC ou uniquement des entités de services professionnels qui lui appartienne. Les services fournis par des prestataires indépendants ne sont pas inclus dans les dispositions de cette politique. Voir 7.2 Liste des prestataires pour une liste de tous les prestataires non couverts par cette politique.

3. **Définitions**

3.1.1. **Montants généralement facturés *(Amounts Generally Billed / AGB)*** : il s'agit d'un montant moyen autorisé contractuellement que les patients de Medicare, Commercial et Managed Care reçoivent par le biais de leur assurance.

3.1.2. Le **revenu annuel** comprend les revenus avant impôts, les allocations chômage, les indemnités pour accident du travail, les cotisations sociales, les pensions ou retraites, les revenus issus d'investissements, etc.

3.1.3. Les **actifs** inclus dans les calculs du revenu MHC comprennent tous les actifs corporels, incorporels et financiers qui ne sont pas expressément énumérés dans la section « Actifs exclus ».

3.1.4. Les **actifs exclus** sont des actifs qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du revenu MHC. Les actifs exclus comprennent:

- les premiers 100 000 $ d'actifs,
- la première tranche de 1 000 000 $ de capitaux propres de la résidence personnelle principale du patient,
- les avoirs de retraite (c'est-à-dire IRA/401k/403b/etc.),
- la valeur de rachat des polices d'assurance ou des rentes,
- les biens personnels,
- les plans d'épargne-études, et
- les actifs raisonnables utilisés en entreprise.

3.1.5. **La taille de la famille :** il s'agit du nombre total de personnes apparentées vivant dans un même foyer, à l'exception des membres de la famille qui ne sont pas à la charge du demandeur ou qui paient un loyer. Cela inclut les partenaires domestiques. Les personnes sans lien de parenté ne sont pas incluses.

3.1.6. **Le revenu du ménage :** comprend tous les revenus. (Voici quelques exemples, sans que cette liste soit exhaustive : revenus liés à l'adoption, pensions alimentaires pour enfants, dividendes, indemnités, intérêts, pensions, aide publique, loyers, retraites, redevances, prestations de sécurité sociale, pensions alimentaires pour conjoint, règlements échelonnés, revenu supplémentaire de sécurité sociale, prestations de survivant, allocations chômage, pensions d'anciens combattants et indemnités pour accident du travail.)

3.1.7. **Les pièces justificatives relatives aux revenus du ménage** sont complètes : bulletins de salaire, relevés bancaires, déclarations fiscales fédérales et tout autre document pertinent et raisonnable demandé pour vérifier correctement les revenus et les actifs.

3.1.7.1. Le défaut de déposer une déclaration fiscale fédérale, lorsque les revenus dépassent les limites fédérales, entraînera le refus de toute aide financière.

3.1.8. **Services médicalement nécessaires :** désignent les services ou fournitures de soins de santé définis par votre médecin comme étant nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un état pathologique ou ses symptômes, et qui répondent aux normes médicales reconnues.

3.1.9. **Organisme caritatif National Healthcare Service Corps (NHSC) :** il s'agit d'un programme spécifique aux cliniques rurales répertoriées à la section 8.2. Le programme respecte les critères d'éligibilité du National Healthcare Service Corp.

4. Politique d'aide financière de MHC

4.1 MHC offrira aux patients sans assurance et aux patients qui indiquent une incapacité à payer leur frais après couverture de l'assurance, la possibilité de demander une aide financière jusqu'à 240 jours à compter de leur première déclaration de sortie. L'aide financière ne sera envisagée que pour les services d'urgence, catastrophiques et médicalement nécessaires.

4.1.1 Afin de se conformer pleinement à la loi EMTALA (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), les patients de MHC qui sollicitent des soins médicaux d'urgence bénéficieront d'un traitement sans discrimination et indépendamment de leur capacité à

payer. Le personnel de MHC ne tentera pas de percevoir de paiement auprès des patients qui sollicitent des services d'urgence avant qu'ils ne reçoivent des soins. Le personnel de MHC ne tentera pas de percevoir les soldes impayés avant de fournir des soins médicaux d'urgence.

4.1.2 Les services considérés comme esthétiques, liés à la fertilité ou facultatifs ne sont pas couverts par cette politique.

4.1.3 L'aide financière est prévue pour intervenir en dernier recours.

4.1.3.1 Avant d'approuver une demande, McLaren peut demander à un patient de faire une demande auprès de Medicare (Partie A et/ou Partie B), Medicaid ou d'autres programmes d'aide gouvernementale.

4.1.3.2 Les patients doivent chercher à obtenir des soins non urgents au sein de leurs réseaux d'assurance établis. L'approbation de l'aide financière n'est pas destinée à remplacer les prestations d'assurance.

4.1.4 Pour toute clinique gratuite associée à un hôpital McLaren, si le processus de sélection caritative de cette clinique est équivalent ou plus strict que la politique caritative de McLaren, ces services peuvent être pris en chagre au titre de l'aide caritative.

4.1.5 4.1.5 Conditions d'éligibilité :
4.1.5.1 Résidence permanente aux États-Unis d'Amérique
4.1.5.2 Avoir une résidence personnelle dans l'État du Michigan ou de l'Ohio, dans un rayon d'environ 40 km d'un établissement McLaren HealthCare.

4.1.6 Les cliniques rurales participantes respecteront les exigences du NHSC telles que définies à la section 5. Les autorisations d'aide financière accordées par le MHC seront honorées dans les établissements énumérés à l'annexe 8.2.

4.2 Les lignes directrices concernant l'aide financière sont basées sur 400% des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPL) publié chaque année dans le Federal Register. Le personnel désigné aura accès au Federal Register et mettra à jour chaque année les lignes directrices sur l'aide financière. La réduction est calculée en fonction de la taille de la famille, du revenu annuel et des actifs, tels que définis à la section 3.

Aide financière 2025 octroyée par McLaren Health Care			
Taille de la famille	Jusqu'à 400 % du niveau de pauvreté fédéral		
	Revenu Minimum	Revenu Maximum	Réduction
1	0 $	62 600 $	100%
2	0 $	84 600 $	100%
3	0 $	106 600 $	100%

4	0 $	128 600 $	100%
5	0 $	150 600 $	100%
6	0 $	172 600 $	100%
7	0 $	194 600 $	100%
8	0 $	216 600 $	100%
Pour Familles/Ménages de plus de 8 personnes, ajoutez 5 500 $ pour chaque personne supplémentaire.			
Source (plus lignes directrices de Hawaii et Alaska) : https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines			

4.3 Les patients dont les actifs non exclus dépassent 100 000 $ n'auront pas droit à l'aide financière. Des salariés désignés calculeront le total des actifs, déduction faite des actifs exclus, pour prendre cette décision.

4.4 Les patients et / ou les représentants des patients peuvent demander une aide financière pour les services déjà reçus, ou les services prévus, en contactant le Département Cycle de Revenus du MHC en personne ou par écrit. Veuillez contacter nos Conseillers Financiers situés dans un Hôpital McLaren ou appelez le 586-710-8300 ou le 1-844-321-1557. Des copies en papier de la politique d'assistance financière, le formulaire et le résumé en langage clair sont disponibles gratuitement dans tous les sites, sur le site Web du MHC, ainsi que d'en demander une copie par la poste à l'adresse ci-dessous. Des copies traduites sont également disponibles sur le site Web du MHC.

McLaren Corporate Business Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

OU FinancialAssistance@mclaren.org

4.4.1 Les patients et / ou leurs représentants seront invités à remplir le Formulaire d'Aide Financière (Références 6.1) et fournir la documentation à l'appui des informations sur le formulaire.

4.4.1.1 Les renseignements demandés peuvent inclure les données démographiques du patient, ses bulletins de paie, ses relevés bancaires complets, ses actifs, ses dépenses ménagères mensuelles, ses autres factures médicales en suspens et ses dettes de carte de crédit.

4.4.1.2 Si une demande incomplète est reçue, le patient recevra un avis écrit contenant les coordonnées de McLaren et la façon de remplir le formulaire.

4.5 Les employés désignés filtreront les personnes pour obtenir une aide financière, en fonction des lignes directrices établies dans cette politique et des informations fournies dans la demande de

Formulaire d'Assistance, pour déterminer l'admissibilité et en informer le patient / la famille de la décision.

4.6 Les remises d'Aide Financière applicables seront appliquées au solde du patient lors de cette détermination.

4.6.1 Les patients approuvés pour l’aide financière, qu'ils soient assurés ou non, verront leurs frais évalués de manière à ce que la responsabilité maximale du patient soit inférieure à l'AGB. MHC utilise la « méthode rétrospective » *(Lookback Method)* telle que définie dans les directives de l'Affordable Care Act. MHC calculera et mettra à jour l'AGB chaque année. Pour de plus amples informations concernant l'AGB du site MHC où les services ont été fournis au patient, veuillez appeler le 586-710-8300 ou le 1-844-321-1557.

4.6.2 Les patients sont responsables de tout solde dû non couvert par cette remise. Les processus de recouvrement normaux seront suivis pour résoudre toute dette en souffrance. Dans le cas d’un non-paiement, seulement 120 jours après la première déclaration du patient, et pas plus tôt, le MHC pourra prendre des mesures contre les soldes en souffrance, y compris, mais sans s'y limiter, les activités de recouvrement extraordinaires (ECA). Cela peut inclure un suivi par une agence de collection ou avocat, qui peuvent être signalés au Bureau de Crédit. Si le MHC entend s'engager dans ces actions, ils fourniront un avis écrit ainsi que tenter d’aviser oralement le patient qu'une aide financière est disponible. Veuillez vous reporter à la « Politique de facturation et de recouvrement », que vous pouvez obtenir en contactant le service clientèle de McLaren au numéro suivant: 800-591-8707.

4.6.2.1 Si McLaren reçoit une demande complète d’Assistance Financière lorsqu'un patient participe à des ECA, ces activités seront suspendues jusqu'à ce que l'admissibilité soit déterminée.

4.6.2.2 Si une demande incomplète est reçue, les ECA seront suspendues pendant au moins 30 jours suivant la réception d'une demande incomplète, et le patient recevra un avis écrit contenant les coordonnées de McLaren et les modalités comment compléter la demande. Après 30 jours, les ECA pourront reprendre.

4.7 L'aide financière présumée peut être appliquée sur la base d'informations fournies par des tiers, d'une détermination antérieure de l'aide financière, de l'approbation de programmes gouvernementaux basés sur les revenus (par exemple « Medicaid Emergency Services Only » ou « Family Planning ») ou à la discrétion du directeur financier de l'établissement.

4.8 Si un patient présente une demande d'aide financière et reçoit une remise supérieure à 50%, tout ajustement de charité auto-payé antérieur sera annulé et les soins de bienfaisance FAP seront appliqués.

4.9 Si un patient se voit refuser une aide financière, il peut faire appel par écrit, dans un délai de 30 jours calendaires, auprès de financialassistance@mclaren.org. Un comité composé de trois personnes, à savoir le directeur général de l'accès aux patients *(Corporate Director of Patient Access)*, un directeur régional de l'accès aux patients *(Regional Director of Patient Access)* et un responsable de l'établissement, examinera la demande en vue d'une éventuelle approbation.

4.9.1 Des exceptions peuvent être approuvées dans des circonstances particulières. L'approbation d'une exception ne constitue ni un changement de politique ni une garantie d'approbation future.

4.9.2 Les patients qui se voient refuser une aide financière, mais dont le solde dû aux établissements McLaren dépasse 30 % du revenu annuel de leur foyer, peuvent faire appel afin que leur solde soit réduit à 30 % du montant du revenu annuel de leur foyer.

4.9.3 MHC se réserve le droit d'annuler toute approbation d'aide financière s'il s'avère que la demande était incomplète ou inexacte. Le patient sera informé de toute annulation et sera responsable des soldes annulés.

5. Politique de charité du service de santé nationale (NHSC) de MHC

5.1. Les dispositions suivantes s'appliquent exclusivement aux sites de pratique approuvés par le NHSC au sein de McLaren HealthCare (MHC).

5.2. **Politique :** Offrir des services gratuits ou à tarif réduit aux personnes dans le besoin. Les patients recevant des soins dans un site de pratique de MHC approuvé par le NHSC seront évalués pour une aide financière conformément aux exigences du NHSC en matière de revenus et de taille de famille, sans tenir compte d'autres facteurs.

5.3. **Objectif :** Tous les patients sollicitant des services de santé dans les sites MHC NHSC ont la garantie d'être pris en charge, quelle que soit leur capacité de paiement. Personne n'est refusé en raison de l'absence de ressources financières. Ce programme est conçu pour fournir des soins gratuits ou à tarif réduit à ceux qui n'ont aucune ressource, ou des ressources limitées, pour payer leurs soins médicaux (personnes non assurées ou sous-assurées).

Les patients recevant des soins dans un établissement agréé par le NHSC peuvent utiliser le formulaire de demande destiné aux patients, actuellement utilisé par le NHSC. Les patients ne sont pas tenus de solliciter des prestations auprès d'assurances tierces, d'organismes d'État, fédéraux ou d'autres programmes caritatifs avant d'être admissibles à l'aide financière.

Les sites de pratique approuvés par le NHSC au sein de MHC proposeront un programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive à toute personne dans l'incapacité de payer ses soins. Aucune personne ne se verra refuser l'accès aux services pour incapacité de payer dans un site de pratique approuvé par le NHSC. MHC déterminera l'admissibilité au programme en fonction de la capacité de paiement d'une personne et n'exercera aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'origine nationale, le handicap, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

Les Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG) sont employées pour établir et mettre à jour annuellement la grille de tarifs dégressifs (Sliding Fee Schedule, SFS) permettant de déterminer l'éligibilité. Cependant, les patients dont le revenu se situe à 250 % ou moins du seuil de pauvreté (voir https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines pour les lignes directrices en vigueur) et qui reçoivent des soins dans un site approuvé NHSC de MHC bénéficieront d'une annulation totale de toute responsabilité financière (soins gratuits) pour les services prodigués dans ce site, conformément au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.

5.4. **Procédure :**

Les directives suivantes doivent être respectées pour la mise en œuvre du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.

1. Information (Notification)
   a) Des informations relatives à la politique de paiement seront mises à la disposition de tous les patients au moment de la prestation de services.
   b) Une notification concernant le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera proposée à chaque patient lors de l'admission.
   c) Les avis de recouvrement émis par MHC incluront des informations sur la disponibilité du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.
   d) Une explication de notre programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive ainsi que le formulaire de demande correspondant sont disponibles sur le site web de MHC.
   e) MHC affiche une notification relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive dans la salle d'attente de la clinique.

2. Demande de rabais : Les demandes de services à tarif réduit peuvent être formulées par les patients, les membres de leur famille, le personnel des services sociaux ou toute autre personne consciente de la difficulté financière rencontrée. Le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive ne s'applique qu'aux visites en clinique. Les informations et formulaires nécessaires peuvent être obtenus à la réception et auprès du service administratif.

3. Gestion du programme : La procédure relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera gérée par l'équipe d'examen de l'assistance financière de l'accès patient. Des informations sur la politique et la procédure de FAP et sur le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive seront fournies aux patients. Le personnel doit proposer son aide pour remplir la demande. La dignité et la confidentialité seront garanties à toutes les personnes qui sollicitent ou reçoivent des services de santé.

4. Remplissage de la demande : Le patient ou la personne responsable doit remplir intégralement le formulaire de demande d'aide financière confidentielle du NHSC. Si nécessaire, le personnel se tiendra à leur disposition pour les aider à compléter le formulaire. En signant la demande, les intéressés confirment que leurs revenus sont tels qu'indiqués sur le formulaire.

5. Éligibilité : Les rabais sont déterminés uniquement en fonction des revenus et de la taille de la famille.
   a) Famille : On entend par « famille » un groupe de deux personnes ou plus (dont l'une est le chef de famille) liées par la naissance, le mariage ou l'adoption, et résidant sous le même toit. Toutes ces personnes (y compris les membres de la sous-famille apparentés) sont considérées comme membres d'une seule et même famille. MHC prendra également en compte les membres du foyer qui ne sont pas de la même famille au sens strict pour calculer la taille de la famille.

b) Revenus : Les revenus comprennent notamment les salaires bruts, pourboires, revenus professionnels et d'auto-entreprenariat, allocations chômage, indemnités d'accident du travail, prestations de sécurité sociale, prestations de sécurité sociale complémentaires, versements aux anciens combattants, prestations pour survivants, pensions ou revenus de retraite, intérêts, dividendes, redevances, revenus de biens immobiliers, successions et fiducies, pensions alimentaires, soutiens financiers pour enfants, aides extérieures au foyer et autres sources de revenus divers.

6. Vérification des revenus : Les candidats peuvent fournir l'un des documents suivants : le formulaire W-2 de l'année précédente, les deux derniers bulletins de salaire, une lettre de l'employeur ou le formulaire 4506-T (si le formulaire W-2 n'a pas été déposé). Les travailleurs indépendants peuvent être tenus de présenter le détail de leurs revenus et de leurs dépenses sur les trois derniers mois. Il est nécessaire de fournir des informations suffisantes pour déterminer l'éligibilité au programme. L'auto-déclaration des revenus peut être utilisée. Les patients qui ne peuvent pas fournir de justificatif écrit peuvent remettre une déclaration signée de leurs revenus.

7. Rabais : Les patients recevant des soins dans des sites approuvés par le NHSC et dont le revenu se situe à 250 % ou moins du seuil de pauvreté bénéficieront d'un rabais intégral de 100 % sur leurs soins de santé (c'est-à-dire des soins gratuits). Les patients de sites approuvés par le NHSC sont admissibles à ce rabais pour des visites dans les emplacements concernés, aussi bien pour des dates de service s'étendant de 240 jours avant la date d'approbation et jusqu'à 365 jours après cette date. Voir l'Annexe 8.1 pour la grille tarifaire dégressive.

8. Notification au demandeur : La décision relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera communiquée au(x) demandeur(s) par écrit, ou, le cas échéant, la raison du refus. Les demandes déposées dans le cadre du programme couvrent les soldes patients impayés au cours des six mois précédant la date de la demande, ainsi que tous les soldes générés dans les 365 jours suivant la date d'approbation, sauf en cas de changement significatif de leur situation financière. Le demandeur a la possibilité de déposer une nouvelle demande une fois la période de 365 jours expirée ou à tout moment si les revenus familiaux subissent une modification substantielle. Lorsqu'une nouvelle demande est soumise, la période de référence pour les soldes impayés correspond à la durée la plus courte entre six mois et la fin de validité de la dernière demande.

9. Refus de payer : Si un patient exprime verbalement qu'il ne souhaite pas payer ou quitte les lieux sans régler ses soins, il sera contacté par écrit quant à ses obligations de paiement. Si le patient n'a pas encore fait de demande relative à la grille tarifaire dégressive, les informations concernant la disponibilité du programme lui seront transmises dans ce courrier. Si le patient ne fait aucun effort de paiement ou ne répond pas dans un délai de 60 jours, cela est considéré comme un refus de payer. À ce stade, MHC peut examiner diverses solutions, notamment la proposition d'un plan de paiement, l'annulation des frais ou le renvoi du dossier en recouvrement. La politique de facturation et de recouvrement de MHC s'applique aux patients NHSC dont les revenus dépassent 250 % des Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté. Comme indiqué ci-dessus, les personnes dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 250 % des FPG ne paient pas de frais et ne relèvent donc pas de la politique de recouvrement.

10. Archivage : Les informations liées aux décisions relevant du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive seront conservées par l'administrateur du programme. Les détails concernant les approbations et les refus de demande seront enregistrés dans le système de gestion de la pratique et contrôlés par l'administrateur du programme.

11. Révision de la politique et de la procédure : La grille tarifaire dégressive (SFS) sera actualisée conformément aux Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté en vigueur. MHC examinera

également les modifications potentielles de ses politiques et procédures, ainsi que les pratiques institutionnelles susceptibles d'entraver l'accès aux dispositions de soins communautaires pour les patients éligibles.

12. Budget : Au cours de l'élaboration budgétaire annuelle, une estimation des services fournis dans le cadre du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera intégrée au budget en tant que déduction des recettes.

6. Procédure

6.1 N/A

7. Références

7.1 Formulaire de demande d'aide financière

7.2 Liste des fournisseurs

7.3 Politique de facturation et de recouvrement

7.4 Une copie gratuite de toute police mentionnée dans le présent document peut être obtenue en contactant le service clientèle McLaren au: 800-591-8707.

8. Annexe

8.1 Barème de tarification dégressive:

Barème de tarification dégressive 2025 de McLaren Health Care pour les sites approuvés par le NHSC									
	0-100% du seuil fédéral de pauvreté (FPL)			101-200% du seuil fédéral de pauvreté (FPL)			201-250% du seuil fédéral de pauvreté (FPL)		
Taille de la famille	100% de réduction			75% de réduction			50% de réduction		
1	0 $	à	15 650 $	15 651 $	à	31 300 $	31 301 $	à	39 125 $
2	0 $	à	21 150 $	21 151 $	à	42 300 $	42 301 $	à	52 875 $
3	0 $	à	26 650 $	26 651 $	à	53 300 $	53 301 $	à	66 625 $
4	0 $	à	32 150 $	32 151 $	à	64 300 $	64 301 $	à	80 375 $
5	0 $	à	37 650 $	37 651 $	à	75 300 $	75 301 $	à	94 125 $
6	0 $	à	43 150 $	43 151 $	à	86 300 $	86 301 $	à	107 875 $
7	0 $	à	48 650 $	48 651 $	à	97 300 $	97 301 $	à	121 625 $
8	0 $	à	54 150 $	54 151 $	à	108 300 $	108 301 $	à	135 375 $

Pour les familles/ménages de plus de 8 personnes, ajoutez 5 500 $ par personne supplémentaire.

8.2 Sites approuvés par le NHSC:

Sites participants au programme du NHSC		
Nom du site	Adresse de la clinique	Ville de la clinique
McLaren Central – Clare Clinic	1509 N. McEwan Street	Clare
McLaren Central – Weidman Clinic	3520 N. Woodruff Road	Weidman
McLaren Central Michigan – Health Park 4	2853 Health Pkwy	Mount Pleasant
McLaren Central Urgent Care	1523 S Mission Street	Mount Pleasant
McLaren Medical Arts Building	1201 South Dr	Mount Pleasant
McLaren Pickard Street	5115 East Pickard Street	Mount Pleasant
McLaren Health Park 7	2940 Health Pkwy	Mount Pleasant

Révisions précédentes : 07/19/2022, 01/11/2023, 02/20/2024, 12/11/2024, 1/28/2025

Remplace la politique : N/A

Nom de la commission : N/A

Agréments :

_____ _____

Katerina Serdenkovski **Date**
Vice-Président, Cycle de Revenus