

Ascension Saint Agnes Politica di sistema e manuale procedurale	Pagina 1 di 7	SYS FI 51
Oggetto: Politica di fatturazione e recupero crediti di Ascension Saint Agnes	Data di entrata in vigore: 16/7	
	Controllato: Revisionato: 17/7, 20/6, 20/10, 21/12, 23/12	
Approvazioni: Finale – Presidente/AD: _____ Data _____ Accettazione: _____ Data: _____ <i>(Le politiche entrano in vigore 30 giorni dopo la firma dell'AD.)</i>		

POLITICA / PRINCIPI

Rientra nella politica di Ascension Saint Agnes garantire prassi socialmente eque per la fornitura di cure di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico presso l'Organizzazione, ai sensi della Politica di assistenza finanziaria (o "FAP"). Questa Politica di fatturazione e recupero crediti è stata creata appositamente per le prassi di fatturazione e recupero crediti per i Pazienti che necessitano di assistenza finanziaria e che ricevono cure presso l'Organizzazione.

Tutte le procedure di fatturazione e recupero crediti riflettono il nostro impegno e rispetto per la dignità umana del singolo e per il bene comune, la nostra preoccupazione e solidarietà particolarmente per coloro che vivono in condizioni di povertà e altre persone vulnerabili, nonché il nostro impegno per la buona amministrazione e la giustizia distributiva. I dipendenti e gli agenti dell'Organizzazione devono operare nel pieno rispetto delle nostre politiche e dei valori di una struttura cattolica; tra questi, i principi di dignità, rispetto e compassione con cui devono essere trattati i pazienti e le rispettive famiglie.

Questa Politica di fatturazione e recupero crediti vale per tutte le cure di emergenza e altre cure necessarie dal punto di vista medico erogate dall'Organizzazione, inclusi i servizi di medici dipendenti e i servizi relativi ai disturbi comportamentali. Questa Politica di fatturazione e recupero crediti non si applica ai pagamenti per le cure che non hanno carattere di "emergenza" e che non sono "necessarie dal punto di vista medico" (v. definizioni nella FAP dell'Organizzazione).

DEFINIZIONI

1. “**501(r)**” indica l'Articolo 501(r) del Codice tributario statunitense (Internal Revenue Code) e relativi regolamenti.
2. Con “**Azioni straordinarie di recupero crediti**” o “**ECA**” si intendono le seguenti attività di recupero crediti soggette a restrizioni ai sensi dell'Articolo 501(r):
 - a. Vendita del debito di un Paziente a una terza parte.¹

¹ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(2) del Codice del Maryland l'Organizzazione non deve vendere debiti sanitari.

- b. Segnalazione delle informazioni negative sul Paziente alle agenzie di verifica del credito al consumo o agli uffici di credito.²
- c. Rinvio, rifiuto oppure richiesta di un pagamento prima che siano erogate le cure necessarie dal punto di vista medico perché il Paziente non ha pagato una o più fatture per cure precedentemente fornitegli e che rientrano nella FAP.
- d. Azioni che richiedono un processo legale o giudiziario, ad eccezione delle domande presentate nell'ambito di una procedura di fallimento o di lesioni personali. Queste azioni includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
 - i. iscrizione di un'ipoteca sulla proprietà del Paziente³,
 - ii. il pignoramento di una proprietà del Paziente⁴,
 - iii. un prelievo o altra misura di confisca su un conto corrente di un Paziente o su un'altra sua proprietà personale
 - iv. l'avvio di una causa civile contro un Paziente⁵ e
 - v. pignoramento dello stipendio di un Paziente.

Un'ECA non include nessuna delle seguenti misure (anche se i criteri di un'ECA come da definizione precedente sono altrimenti in genere soddisfatti):

- a. qualsiasi ipoteca che l'Organizzazione è autorizzata a rivendicare ai sensi delle leggi statali e in seguito a una sentenza, una conciliazione o un compromesso dovuti a un Paziente in seguito alle lesioni personali per le quali l'Organizzazione ha erogato delle cure; o
 - b. la presentazione di una domanda nell'ambito di una procedura di fallimento.
3. “**FAP**” indica la Politica di assistenza finanziaria dell'Organizzazione, ossia una politica che prevede l'offerta di Assistenza finanziaria ai Pazienti idonei nell'ambito della missione dell'Organizzazione e di Ascension Health e conformemente all'Articolo 501(r).
 4. “**Domanda FAP**” indica la domanda di Assistenza finanziaria.
 5. “**Assistenza finanziaria**” fa riferimento all'assistenza che l'Organizzazione può fornire al Paziente ai sensi della FAP dell'Organizzazione.
 6. “**Organizzazione**” si riferisce ad Ascension St Agnes. Per richiedere ulteriori informazioni, inviare domande o commenti oppure presentare un reclamo, è possibile contattare l'ufficio indicato di seguito o seguire le istruzioni presenti in qualsiasi avviso o comunicazione pertinente ricevuti dall'Organizzazione:

 Servizi finanziari per il Paziente presso 1-667-234-2140
 7. “**Paziente**” indica una persona che riceve (o che ha ricevuto) le cure dall'Organizzazione e qualsiasi altra persona responsabile dal punto di vista finanziario di tali cure (inclusi familiari e tutori).

² Secondo il Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(5), l'Organizzazione non deve inviare una notifica a un'agenzia di verifica del credito al consumo entro 180 giorni dalla fornitura della prima fattura al Paziente.

³ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(g)(2) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve richiedere un'ipoteca sull'abitazione principale di un Paziente al fine di riscuotere un credito dovuto per una fattura ospedaliera.

⁴ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(g)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve pignorare l'abitazione principale di un Paziente al fine di riscuotere un credito dovuto per una fattura ospedaliera.

⁵ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(5) del Codice del Maryland, l'Organizzazione non deve intentare una causa civile per riscuotere debiti entro 180 giorni dalla fornitura della prima fattura al Paziente.

PROCEDURE DI FATTURAZIONE E RECUPERO CREDITI

Per l'emissione regolare di fatture per i servizi prestati ai Pazienti e per le comunicazioni con i Pazienti, l'Organizzazione segue un processo disciplinato. In caso di mancato pagamento da parte di un Paziente per i servizi somministratigli dall'Organizzazione, per ottenere il pagamento quest'ultima potrà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, tentare di comunicare per via telefonica, e-mail e di persona. Di rado l'Organizzazione si avvale di azioni straordinarie di recupero crediti, ovvero "ECA", per ottenere il pagamento. Tuttavia, al fine di assicurare la disponibilità delle risorse per i Pazienti bisognosi ai sensi della politica sull'assistenza finanziaria ("FAP"), l'Organizzazione si riserva di ricorrere alle ECA in circostanze straordinarie e, tra queste, in caso di conti con saldi non pagati per servizi elettivi non inclusi tra i servizi di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico, situazioni in cui un Paziente dispone di risorse sostanziali (ad es. un patrimonio ingente) e si rifiuta di pagare l'importo dovuto oppure qualora l'Organizzazione ritenga che il mancato pagamento costituisca un inadempimento intenzionale dei termini della sua FAP o della presente Politica. In tali circostanze estreme, l'Organizzazione si riserva di avvalersi di una o più ECA nel rispetto delle disposizioni e limitazioni di cui alla presente Politica sulla fatturazione e il recupero crediti. L'Organizzazione non farà ricorso alle ECA per i clienti con un saldo residuo in quanto, secondo la FAP dell'Organizzazione, sono risultati idonei a un sostegno finanziario solo parziale o per quei clienti che hanno diritto a un contributo alle spese e che, sempre in base alla FAP, sono risultati idonei a una copertura finanziaria totale. Il Vice Presidente Senior / Chief Revenue Officer di Ascension è la massima autorità cui spetta stabilire in via inappellabile e caso per caso se l'Organizzazione ha fatto ogni ragionevole sforzo per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria e che sussistono circostanze estreme che giustificano il ricorso alle ECA.

Ai sensi dell'Articolo 501(r), la presente Politica di fatturazione e recupero crediti stabilisce i tentativi ragionevoli che l'Organizzazione deve fare per determinare se un Paziente è idoneo all'Assistenza finanziaria ai sensi della FAP o se esiste una circostanza straordinaria che giustifichi il ricorso a un'ECA.

Nel momento in cui viene stabilita la ricorrenza di una circostanza straordinaria e il Paziente non è idoneo a ricevere assistenza finanziaria secondo la FAP, l'Organizzazione potrà procedere con una o più ECA, come descritto qui.

1. Elaborazione della domanda FAP. Salvo quanto previsto di seguito, un Paziente può inviare una domanda FAP in qualsiasi momento in relazione a cure di emergenza e ad altre cure necessarie dal punto di vista medico ricevute dall'Organizzazione. Le decisioni relative all'idoneità per l'Assistenza finanziaria saranno elaborate sulla base delle seguenti categorie generali.
 - a. Domande FAP complete. Nel caso di un Paziente che invia una domanda FAP completa, l'Organizzazione dovrà sospendere tempestivamente le ECA volte a ottenere il pagamento delle cure, valutare l'idoneità e fornire una notifica scritta, come indicato di seguito.
 - b. Accertamento dell'idoneità presumibile. Qualora un Paziente sia ritenuto presumibilmente idoneo a pagare un costo minore dell'importo previsto dal livello massimo di assistenza disponibile ai sensi della FAP, l'Organizzazione informerà il Paziente della base di accertamento e gli garantirà un periodo di tempo ragionevole per richiedere un'assistenza più sostanziosa.
 - c. Notifica e procedura in assenza di domanda. Salvo invio di una domanda FAP o determinazione dell'idoneità ai sensi dei criteri d'idoneità presumibile della FAP, l'Organizzazione si asterrà dall'avviare le ECA per almeno 120 giorni (o per un periodo più lungo se così previsto dalla legge, come stabilito nella presente Politica) dalla data in cui viene inviata al Paziente la prima fattura post-dimissioni. In caso di molteplici trattamenti, le presenti disposizioni di notifica possono essere aggregate, e in questo caso le tempistiche si baserebbero sull'episodio di cura più recente tra tutti quelli somministrati e presi in considerazione. Prima di avviare una (1) o più ECA per

ottenere il pagamento delle cure da un Paziente che non ha inviato una domanda FAP, e prima che sia condotta una valutazione per determinare se l'esistenza di circostanze estreme giustifica il ricorso alle ECA, l'Organizzazione dovrà intraprendere le seguenti azioni:

- i. Fornire al Paziente una notifica scritta che indichi la disponibilità dell'Assistenza finanziaria per i Pazienti idonei, che identifichi le ECA che saranno intraprese per ottenere il pagamento delle cure e che indichi una scadenza superata la quale potranno essere avviate le ECA; tale data non potrà in ogni caso cadere prima di 30 giorni dalla notifica scritta;
 - ii. Fornire al Paziente il riepilogo semplificato della FAP; e
 - iii. Compiere ogni sforzo ragionevole per informare verbalmente il Paziente della FAP e del processo della domanda FAP.
- d. Domande FAP incomplete. Qualora un Paziente invii una domanda FAP incompleta, l'Organizzazione dovrà informarlo per iscritto, dargli indicazioni su come completare la domanda FAP e mettergli a disposizione trenta (30) giorni per farlo. Qualsiasi ECA pendente sarà sospesa durante questo periodo e la notifica scritta dovrà (i) descrivere le ulteriori informazioni e/o la documentazione richiesta ai sensi della FAP o della Domanda FAP necessaria per completare la Domanda e (ii) includere le opportune informazioni di contatto.
2. Restrizioni sul rinvio o sul rifiuto delle cure. Nel caso in cui l'Organizzazione intenda rinviare o negare, oppure richiedere il pagamento prima della fornitura delle cure necessarie dal punto di vista medico (come definito nella FAP) a causa del mancato pagamento del Paziente di una o più fatture per le cure precedentemente fornite che rientrano nella FAP, al Paziente sarà fornita una Domanda FAP e una notifica scritta che comunicherà la disponibilità dell'Assistenza finanziaria per i Pazienti idonei.
3. Notifica della decisione; Scelta del piano di pagamento.
- a. Decisioni. Quando riceve una Domanda FAP completa sul conto di un Paziente, l'Organizzazione la valuterà per determinare l'idoneità e comunicherà per iscritto al Paziente entro quattordici (14) giorni la decisione finale, compresa la sua eventuale idoneità a un piano di pagamenti. La notifica indicherà l'importo del cui pagamento il Paziente sarà responsabile a livello finanziario. Se la Domanda della FAP viene negata, sarà inviata una notifica che spiegherà il motivo del rifiuto e le istruzioni per il ricorso o il riesame.
 - b. Piani di pagamento. Se il Paziente soddisfa i requisiti d'idoneità, se del caso, per un piano di pagamento, tale piano di pagamento sarà soggetto ai termini e alle condizioni enunciate nella Politica di Assistenza finanziaria dell'Organizzazione, che può venire di volta in volta modificata. Se il Paziente desidera modificare i termini e le condizioni di un piano di pagamento, può contattare in qualsiasi momento il reparto Servizio Clienti.⁶
 - c. Conformità ai piani di pagamento. Non saranno applicate penali o tasse a causa del prepagamento o pagamento anticipato di un piano di pagamento. Il Paziente sarà ritenuto conforme con un piano di pagamento se effettua al minimo undici (11) pagamenti programmati entro un periodo di dodici (12) mesi. Se trasalascia un pagamento mensile programmato, il Paziente può rimediare per tale pagamento entro un (1) anno dalla data dell'inadempimento, senza incorrere in penali. L'Organizzazione può rinunciare a ulteriori pagamenti mancati che si verificano entro un periodo di dodici (12) mesi e consentire al Paziente di continuare a

⁶ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(10)(iii) del Codice del Maryland, il Paziente e l'Organizzazione possono di comune accordo modificare i termini e le condizioni di un piano di pagamento offerto o concluso con il Paziente.

- partecipare al piano di pagamento senza comunicare i debiti in sospeso a un'agenzia di riscossione o senza adire le vie legali.⁷
- d. Rimborsi. Il Paziente che ha corrisposto una somma superiore all'importo di cui è stato ritenuto personalmente responsabile secondo la FAP, avrà diritto a un rimborso a meno che l'importo versato in eccesso non sia inferiore a \$5.00.
- i. Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(8) del Codice del Maryland, l'Organizzazione deve fornire un rimborso degli importi riscossi dal Paziente o dal garante del Paziente che in seguito è risultato essere idoneo per cure gratuite entro 240 giorni dalla fornitura della prima fattura. In conformità alla sezione 9, l'Organizzazione deve annullare le eventuali sentenze ottenute contro un Paziente o ritirare la valutazione negativa sul credito in tale contesto.
 - ii. Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(c)(1) del Codice del Maryland, l'Organizzazione fornirà un rimborso degli importi che superano i 25 dollari riscossi da un Paziente o dal garante di un Paziente che, entro due anni dalla data del servizio, è stato ritenuto idoneo alle cure gratuite alla data del servizio.
 - iii. L'Organizzazione potrà ridurre il periodo di due anni al paragrafo (b)(ii) della presente sezione a non meno di 30 giorni dalla data in cui l'Organizzazione ha richiesto informazioni a un Paziente o al garante di un Paziente per determinare l'idoneità del Paziente alle cure gratuite al momento del servizio, qualora l'Organizzazione attesti la mancata collaborazione da parte del Paziente o del suo garante a fornire le informazioni richieste.
 - iv. Se un Paziente è iscritto a un piano sanitario del governo con valutazione del reddito che richiede al Paziente il pagamento diretto dei servizi ospedalieri, l'Organizzazione fornirà un rimborso conforme ai termini e alle condizioni del piano del Paziente.
- e. Annullamento della/delle ECA. Laddove si determini che un Paziente sia idoneo all'Assistenza finanziaria ai sensi della FAP entro 240 giorni dalla fornitura della prima fattura per cui è stata comunicata l'ECA⁸, l'Organizzazione adotterà tutte le ragionevoli misure disponibili per annullare le ECA intraprese nei confronti del Paziente per l'ottenimento del pagamento delle cure. Tali misure ragionevoli in genere includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la revoca di eventuali sentenze contro il Paziente, l'eliminazione di ipoteche o pignoramenti sulle proprietà del Paziente e la cancellazione di dati negativi sul rating di solvibilità del Paziente eventualmente trasmessi a un'agenzia di verifica del credito al consumo o a un ufficio di credito. Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(f)(2) del Codice del Maryland, l'Organizzazione deve segnalare alle agenzie di verifica del credito al consumo alle quali aveva comunicato informazioni negative sul Paziente l'avvenuto adempimento dell'obbligo di pagamento del Paziente entro sessanta (60) giorni dall'avvenuto pagamento. L'Organizzazione s'impegna, inoltre, a ritirare i dati negativi sul Paziente qualora venga a conoscenza di un reclamo ovvero una revisione di una decisione dell'assicurazione sanitaria e fino a sessanta (60) giorni dal termine del reclamo oppure fino a sessanta (60) giorni dal momento in cui l'Organizzazione ha completato una riconsiderazione richiesta per il rigetto dell'Assistenza finanziaria.⁹
4. Ricorsi e reclami. Il Paziente può presentare ricorso per un rifiuto dell'idoneità all'Assistenza finanziaria fornendo ulteriori informazioni all'Organizzazione entro quattordici (14) giorni di calendario dalla ricezione della comunicazione del rifiuto. Tutti i ricorsi saranno esaminati

⁷ Cfr. Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(e).

⁸ Cfr. Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(9).

⁹ Cfr. Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(f)(5).

dall'Organizzazione per la decisione finale. Qualora la decisione finale confermi il rifiuto precedente, il Paziente riceverà una notifica scritta. Se il Paziente desidera sporgere un reclamo presso l'Organizzazione in merito alla riscossione di un debito sanitario o un agente di riscossione, può contattare il Reparto Servizio Clienti.¹⁰

5. Riscossioni. In conformità alla sezione 9, al termine delle procedure precedenti (ivi incluso ogni ragionevole sforzo volto a determinare l'eventuale idoneità del Paziente all'assistenza finanziaria ai sensi della FAP) e una volta appurata l'esistenza di circostanze estreme che giustificano il ricorso alle ECA, l'Organizzazione potrà avvalersi delle ECA nei confronti dei Pazienti non assicurati e sottoassicurati con conti inadempienti, secondo quanto determinato dalle procedure dell'Organizzazione per la definizione, l'elaborazione e il monitoraggio delle fatture del Paziente e dei piani di pagamento. Fatte salve le restrizioni qui indicate e ai sensi della legge del Maryland, l'Organizzazione potrà impiegare un'agenzia di recupero crediti esterna di buona reputazione o un altro fornitore di servizi per il trattamento dei conti con crediti insoluti; tali agenzie o fornitori di servizi dovranno rispettare le disposizioni del 501(r) applicabili a terze parti e conformi alla legge statale e alla presente politica.¹¹ L'Organizzazione dovrà monitorare attivamente i contratti per la riscossione dei debiti in virtù della presente politica. Nel tentativo di riscuotere un debito del Paziente in relazione a una fattura dell'ospedale, l'Organizzazione **deve astenersi** da tutte le seguenti attività¹²:
- a. Richiedere una vendita, un pignoramento o un'ipoteca sull'abitazione principale del Paziente;
 - b. Far sì che un tribunale emani un sequestro o mandato di arresto contro il Paziente;
 - c. Richiedere il pignoramento dello stipendio se il Paziente è idoneo all'Assistenza finanziaria;
 - d. Avanzare una rivendicazione sull'eredità del Paziente defunto se l'Organizzazione sa che il Paziente era idoneo a ricevere cure gratuite, o se il valore del patrimonio dopo che sono stati soddisfatti gli obblighi fiscali è meno della metà del debito dovuto;
 - e. Intentare una procedura contro il Paziente o notificare per iscritto la sua intenzione d'intentare una procedura contro il Paziente fino a 180 giorni dalla fornitura della prima fattura dell'ospedale;
 - f. Intentare una procedura contro il Paziente prima che l'ospedale stabilisca se il Paziente è idoneo all'Assistenza finanziaria.
 - g. Intentare una procedura contro il Paziente senza prima notificargli e sue intenzioni con un preavviso scritto di quarantacinque (45) giorni conforme ai requisiti del Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(i) e COMAR 10.37.10.26.
 - h. Segnalare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di verifica del credito al consumo entro 180 giorni dall'emissione della fattura dell'ospedale.
 - i. Segnalare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di verifica del credito al consumo, intentare una causa civile o delegare l'attività di riscossione a un ufficio di recupero crediti se, in conformità alla legge federale, l'Organizzazione è stata notificata di un ricorso o una revisione in corso della decisione sull'assicurazione sanitaria entro i 60 giorni immediatamente antecedenti. Se è stata inoltrata una relazione sfavorevole a un'agenzia di verifica del credito al consumo prima dell'apprendimento del ricorso da parte dell'Organizzazione, quest'ultima chiederà all'agenzia di considerare nulla la relazione, in conformità con la Sezione 3(e).
 - j. Comunicare informazioni negative sul Paziente a un'agenzia di verifica del credito al consumo, intentare una causa civile, o delegare l'attività di riscossione a un ufficio di

¹⁰ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(10) del Codice del Maryland, l'Organizzazione deve mettere a disposizione del Paziente un meccanismo per sporgere reclamo in merito al modo in cui è stata gestita la sua fattura.

¹¹ Ai sensi della sezione generale sulla salute 19-214.2(k)(4)(iii) del Codice del Maryland, l'Organizzazione e l'incaricato del recupero crediti sono solidalmente responsabili di soddisfare i requisiti della sezione 19-214.2. Cfr. anche COMAR 10.37.10.26.

¹² Cfr. sezione generale sulla salute 19-214.2 del Codice del Maryland.

recupero crediti se l'Organizzazione ha completato, su richiesta, una revisione del rifiuto delle cure gratuite o a costo ridotto e la richiesta è stata completata in modo adeguato dal Paziente entro i 60 giorni immediatamente antecedenti. Se è stata inoltrata una relazione sfavorevole a un'agenzia di verifica del credito al consumo prima che l'Organizzazione venisse a conoscenza del ricorso, quest'ultima richiederà all'agenzia di considerare nulla la relazione.

- k. Comunicare informazioni negative su un Paziente a un'agenzia di verifica del credito al consumo per un Paziente che, al momento del servizio, non era assicurato o idoneo a ricevere cure gratuite o a costo ridotto.
6. Assunzione di responsabilità. Nessuna persona può essere ritenuta responsabile del debito sanitario di un'altra persona che abbia almeno 18 anni di età a meno che non dia il proprio consenso volontario ad addossarsi tale responsabilità. Tale consenso deve essere redatto in forma scritta su un documento separato, non può essere richiesto in un pronto soccorso o altra situazione d'emergenza, e non può essere posto come condizione per fornire servizi d'emergenza.
 7. Interessi. L'Organizzazione non addebiterà interessi sulle fatture emesse ai pazienti privi di assicurazione prima di avere ottenuto una sentenza del tribunale. L'Organizzazione non può addebitare interessi o costi su eventuali debiti contratti alla data o in seguito alla data di servizio da un Paziente idoneo a ricevere Assistenza finanziaria.¹³
 8. Costi. L'Organizzazione non può richiedere costi supplementari per un importo che supera la spesa approvata per il servizio ospedaliero come stabilito dalla legge del Maryland da un Paziente idoneo a ricevere Assistenza finanziaria.¹⁴
 9. Pratiche attuali. Fatta salva ogni disposizione contraria della presente Politica di fatturazione e recupero crediti, attualmente l'Organizzazione non cerca giustizia nei confronti dei Pazienti, non trasmette informazioni negative sui Pazienti ad agenzie di valutazione del credito né addebita interessi di mora in caso di ritardi di pagamento del debito sanitario. Eventuali modifiche alle pratiche attuali saranno implementate in conformità alla sezione generale sulla salute 19-214.1 e seguenti del Codice del Maryland in seguito a consultazione con il Direttore Finanziario e il Reparto Legale dell'Organizzazione. Come minimo, l'Organizzazione non adirà le vie legali contro un Paziente finché non avrà stabilito e implementato una politica di pagamento del piano conforme alle direttive emanate dallo Stato del Maryland.
 10. Requisiti di rendicontazione. L'Organizzazione si riserva di raccogliere le seguenti informazioni come necessario per rispettare i requisiti di rendicontazione imposti dallo Stato:
 - a. Il numero totale di Pazienti per razza/etnia, genere e codice di avviamento postale nei cui confronti l'Organizzazione o l'ufficio di recupero crediti da lei nominato ha intrapreso un'azione legale per la riscossione del suo debito sanitario;
 - b. Il numero totale di Pazienti per razza/etnia, genere e codice di avviamento postale per cui l'Organizzazione ha e non ha segnalato o classificato un debito insoluto; e
 - c. L'importo totale in dollari dei debiti non riscossi da Pazienti assicurati, inclusi i costi diretti, e da Pazienti non assicurati.¹⁵

¹³ Cfr. Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(3) e sezione 19-214.2(d).

¹⁴ Cfr. Codice del Maryland, sezione generale sulla salute 19-214.2(b)(11).

¹⁵ Cfr. sezione generale sulla salute 19-214.2(a) del Codice del Maryland.