

<p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes</b> 시스템 정책 및 절차 설명서</p>	<p style="text-align: center;">페이지 <b>1/7</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SYS FI 51</b></p>
<p>주제:</p> <p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes 청구 및 추심 정책</b></p>	<p>시행일: 7월 16일</p>	
	<p>검토: 개정: 7월 17일, 6월 20일, 10월 20일, 12월 21일, 12월 23일</p>	
<p>승인:</p> <p>최종 - 사장/CEO: _____ 날짜: _____</p> <p>동의: _____ 날짜 _____ (정책은 CEO가 서명하고 30일 이후 발효됨.)</p>		

### 정책/원칙

Ascension Saint Agnes의 정책은 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, "FAP")에 따라 조직에서 응급 치료와 다른 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 위한 사회적으로 정의로운 실천을 보장하는 것입니다. 본 대금 청구 및 추심 정책은 재정 지원이 필요하고 조직에서 의료행위를 받아야 하는 환자의 대금 청구 및 추심 실행을 처리하기 위해 특별히 고안되었습니다.

모든 대금 청구 및 추심 관행은 개인의 존엄성과 공익에 대한 우리의 헌신과 존경, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 그리고 분배의 공정성과 책임에 대한 헌신을 반영합니다. 조직의 직원 및 대리인은 환자와 그 가족을 존엄하게 대하고 존중하며 연민을 가지고 대하는 것을 비롯하여 가톨릭 후원 시설의 정책과 가치가 반영된 행동 방식을 취해야 합니다.

본 대금 청구 및 추심 정책은 고용된 의사 서비스와 행동 건강을 포함하여 조직이 제공하는 모든 응급 및 기타 의료적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 대금 청구 및 추심 정책은 "응급" 및 기타 "의료적으로 필요한 치료"가 아닌 치료를 위한 지불 약정에는 적용되지 않습니다(이러한 개념들이 조직의 FAP에 정의되어 있습니다).

### 정의

1. “501(r)”은 연방소득세법 501조(r) 및 이에 따라 공포된 규정을 의미합니다.
2. “특별 추심 조치” 또는 “ECA”는 501(r)에 의거하여 제한이 적용될 수 있는 다음 추심 조치 중 하나를 의미합니다.
  - a. 환자의 부채를 다른 당사자에게 매각.<sup>1</sup>
  - b. 환자에게 불리한 정보를 소비자 신용 보고 기관 또는 신용 조사국에 보고.<sup>2</sup>
  - c. FAP에 따라 적용되는 이전에 제공된 의료행위에 대한 한 건 이상의 대금 청구에 대한

<sup>1</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(2)에 따라 조직은 의료비 부채를 매각할 수 없습니다.

<sup>2</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(5)에 따라 조직은 최초 청구서를 환자에게 제공하고 180일이 지난 이후에만 소비자 보고 기관에 보고할 수 있습니다.

환자의 미납으로 인해 의료적으로 필요한 의료행위를 연기 또는 거절, 혹은 제공 전 납부 요구.

- d. 파산 또는 신체 상해 절차에서 제기된 청구를 제외하고 법적 또는 사법 절차가 요구되는 조치. 이러한 조치는 다음을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.
  - i. 환자의 재산에 대한 유치권 부여<sup>3</sup>.
  - ii. 환자의 재산에 대한 압류<sup>4</sup>.
  - iii. 추가 부담금 부과 또는 환자의 은행 계좌 또는 다른 개인 재산에 대한 압류 또는 점유,
  - iv. 환자에 대한 민사 소송 개시,<sup>5</sup> 그리고
  - v. 환자의 임금 차압.

ECA에는 다음 중 어떤 것도 포함되지 않습니다(위에 명시된 ECA에 대한 기준이 일반적으로 충족되는 경우에도).

- a. 조직이 개인적 상해에 대해 제공한 의료행위의 결과로 조직이 주법에 따라 재판, 합의 또는 타협 진행을 환자에게 주장할 수 있는 모든 유치권. 또는
- b. 파산 절차에 대한 청구 신청.

- 3. “FAP”는 조직의 재정 지원 정책을 의미하며, 조직 및 Ascension Health의 임무 증진 및 501(r)에 따라 적합한 환자에게 재정 지원을 제공하는 정책입니다.
- 4. “FAP 신청”이란 재정 지원에 대한 신청을 의미합니다.
- 5. “재정 지원”이란 조직이 조직의 FAP에 따라 환자에게 제공할 수 있는 지원을 의미합니다.
- 6. “조직”이란 Ascension St Agnes를 의미합니다. 추가 정보를 요청하거나 질문 또는 의견을 제출하거나 이의를 제기하려면, 아래 기재된 사무실로 연락하시거나 조직으로부터 수령한 해당 통지서나 서신에 기재된 다음 연락처로 연락하시기 바랍니다.

환자 재정 서비스 부서 @ 1-667-234-2140

- 7. “환자”란 조직으로부터 의료행위를 받는(또는 의료행위를 받은) 개인과 그러한 의료행위에 대한 재정적 책임이 있는 다른 모든 개인(가족 및 보호자 포함)을 의미합니다.

### 대금 청구 및 추심 관행

조직은 환자에게 제공된 서비스에 대한 정기적인 청구 내역서 발행과 환자와의 커뮤니케이션을 위한 순차적 과정을 유지합니다. 조직에서 제공하는 서비스에 대해 환자가 납부하지 않는 경우, 조직은 전화, 우편, 이메일 및 대면을 통한 통지 시도를 포함하되 이에 국한되지 않는 납부액을 징수하기 위한 추심 조치를 취할 수 있습니다. 조직은 미납액을 징수하기 위해 특별 추심 조치("ECA") 거의 사용하지 않습니다. 단, 재정 지원 정책("FAP")에 따라 도움이 절실한 환자를 대상으로 조직의 자원을 계속 사용할 수 있도록 하기 위해 조직은 극한 상황에서 ECA를 사용할 수 있습니다. 여기에는 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 치료가 아닌 선택적 서비스와 관련된

<sup>3</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(g)(2)에 따라 조직은 병원 부채를 회수하기 위해 환자의 거주지에 대한 유치권을 요청해서는 안 됩니다.

<sup>4</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(g)(1)에 따라 조직은 병원 부채를 회수하기 위해 환자의 거주지를 압류할 수 없습니다.

<sup>5</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(5)에 따라 조직은 환자에게 최초 청구서를 제공한 날로부터 180일 이내에 부채를 회수하기 위한 민사 소송을 제기할 수 없습니다.

미납 잔액이 있는 계정과 관련해 환자에게 상당한 자원(예: 높은 순자산)이 있음에도 미납액 납부를 거부하는 상황 또는 조직의 판단에 미납이 FAP 또는 이 정책의 조건을 의도적으로 남용한다고 보일 경우가 포함됩니다. 이러한 극한 상황에서 조직은 본 청구 및 추심 정책에 포함된 조항 및 제한 사항에 따라 하나 이상의 ECA를 활용할 수 있습니다. 조직은 조직의 FAP에 따라 부분 재정 지원 수급 자격이 되거나 FAP에 따라 전체 재정 지원 수급 자격이 되는 계정의 공동 납부 부담과 관련하여 잔액이 있는 계정을 대상으로 ECA를 사용하지 않습니다. Ascension 수석 부사장/최고 수익 책임자는 조직이 재정 지원 자격을 결정하기 위해 타당한 노력을 기울였고 조직이 건별로 ECA에 관여할 수 있는 극한 상황이 존재하는지 결정할 최종 권한이 있습니다.

501(r)에 따라 이 청구 및 추심 정책은 환자가 FAP에 따라 재정 지원을 받을 수 있는지 또는 ECA 참여를 정당화할 수 있는 극한 상황이 존재하는지 여부를 결정하기 위해 조직이 기울여야 하는 타당한 노력을 확인합니다.

극한 상황이 존재하고 환자에게 FAP에 따른 재정 지원 수급 자격이 없다는 결정이 내려지면 조직은 여기에 설명된 대로 하나 이상의 ECA를 진행할 수 있습니다.

1. FAP 신청 절차. 아래의 경우를 제외하고, 환자는 조직에서 제공하는 응급 및 기타 의료적으로 필요한 치료와 관련하여 언제든지 FAP 신청서를 제출할 수 있습니다. 재정 지원 자격에 대한 결정은 다음과 같은 일반 범주를 기준으로 처리됩니다.
  - a. 완전한 FAP 신청서. 환자가 완전한 FAP 신청서를 제출한 경우, 조직은 시의적절하게 의료행위 대금을 납부받기 위한 모든 ECA를 보유하고, 아래 명시된 바와 같이 자격 결정 및 서면 통지서를 제공해야 합니다.
  - b. 추정적 자격 결정. 환자가 FAP에 따라 제공되는 가장 관대한 지원보다 적은 지원을 받을 수 있다고 추정적으로 결정될 경우, 조직은 환자에게 결정 근거를 알리고 환자에게 보다 관대한 지원을 신청할 수 있는 타당한 기간을 제공합니다.
  - c. 신청서가 제출되지 않은 경우의 통지 및 절차. 완전한 FAP 신청서가 제출되거나 FAP의 추정적 자격 기준에 따라 자격이 결정되지 않는 한, 조직은 의료행위에 대한 첫 번째 퇴원 후 대금 청구 내역서가 환자에게 발송된 날로부터 최소 120일(또는 이 정책에 명시된 법에 따라 더 긴 기간) 동안 ECA를 시작하지 않습니다. 의료행위 사례가 여럿인 경우 이러한 통지 조항을 통합할 수 있으며, 그러한 경우 기간은 통합 내용에 포함된 가장 최근 치료 사례를 기준으로 합니다. FAP 신청서를 제출하지 않은 환자로부터 치료비를 받기 위해 하나 이상의 ECA를 시작하기 전과 극한 상황이 ECA 사용을 정당화하는지 여부를 결정하기 전에 조직은 다음 조치를 취해야 합니다:
    - i. 환자에게 자격이 되는 경우 재정 지원을 받을 수 있다는 서면 통지서를 제공하고 의료행위에 대한 대금을 납부 받기 위해 취해질 ECA를 확인하고 그러한 ECA가 서면 통지서가 제공된 날로부터 최소 30일 이후 시작될 수 있다는 마감일을 명시합니다.
    - ii. FAP를 쉬운 언어로 기재한 요약본을 환자에게 제공합니다.
    - iii. FFAP 및 FAP 신청 절차에 대해 환자에게 구두로 통지하기 위한 합당한 노력을 기울입니다.
  - d. 불완전한 FAP 신청서. 환자가 불완전한 FAP 신청서를 제출한 경우, 조직은 환자에게 FAP 신청서를 작성하는 방법에 대해 서면으로 통지하고 환자에게 30일의 기간을 제공해야 합니다. 이 기간 동안에는 계류 중인 모든 ECA가 보유되어야 하며, 서면 통지서에는 (i) FAP 또는 FAP 신청 하에 필요한 추가 정보 및/또는 기록이 기술되고 (ii) 적절한 연락처 정보가 포함되어야 합니다.
2. 의료 행위의 연기 또는 거부에 대한 제한. 환자가 FAP에 따라 포함되는 이전에 제공된

의료행위에 대한 한 건 이상의 대금 청구를 납부하지 않아 FAP에 정의된 대로 조직이 의학적으로 필요한 치료를 연기 또는 거부하거나 제공 전 대금 납부를 요구하는 경우, 환자는 FAP 신청서와 적합한 경우 재정 지원을 받을 수 있음을 명시한 서면 통지서를 제공받습니다.

### 3. 결정 통지, 지불 계획 옵션.

- a. 결정. 환자 계정에서 작성된 FAP 신청서가 접수되면, 조직은 FAP 신청서를 평가하여 자격을 결정하고 달력 기준 십사(14)일 내에 환자가 지불 계획에 가입할 자격이 있는지 여부를 포함한 최종 결정사항을 서면으로 환자에게 통지합니다. 통지에는 환자가 재정적으로 지불해야 할 결정 금액이 포함됩니다. FAP 신청이 거절된 경우, 거절 사유 및 이의 제기 또는 재고에 대한 지침을 설명하는 통지서가 발송됩니다.
- b. 지불 계획. 환자가 지불 계획에 대한 자격 요건(있는 경우)에 부합하는 경우 해당 지불 계획에는 조직의 재정 지원 정책에 명시된 조건이 적용되며, 이는 수시로 수정될 수 있습니다. 환자가 지불 계획 조건을 수정하고 싶어하는 경우 고객 서비스 부서로 연락할 수 있습니다.<sup>6</sup>
- c. 지불 계획 준수. 지불 계획의 선불 또는 조기 지불에 대한 위약금이나 수수료는 없습니다. 환자가 12개월 기간 내에 최소 11번의 예정된 지불을 하는 경우 환자는 지불 계획을 준수하는 것으로 간주됩니다. 환자가 예정된 월별 지불을 일정을 준수하지 못하는 경우, 환자는 해당 날짜로부터 1년 이내에 해당 금액을 위약금 없이 지불할 수 있습니다. 조직은 12개월 이내에 발생하는 추가 지불 누락에 대한 책임을 면제하고, 연체된 부채를 추심 기관에 회부하거나 추가적인 법적 조치를 취하지 않고 환자가 계속해서 지불 계획에 참여할 수 있도록 할 수 있습니다.<sup>7</sup>
- d. 환불. 조직은 FAP에 따라 환자가 개인적으로 지불해야 하는 결정 금액을 초과하여 지불한 의료행위 대금을 환불합니다. 단, 그러한 초과 금액이 \$5.00 미만인 경우는 제외입니다.
  - i. 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(8)에 따라 조직은 첫 청구서가 제공된 날로부터 240일 이내에 무료 진료 자격이 있는 것으로 판명된 환자 또는 환자의 보증인에게서 받은 금액을 환급해야 합니다. 섹션 9에 따라 조직은 이 상황에서 환자에 대해 획득한 판결을 무효화하거나 불리한 신용 보고서를 철회해야 합니다.
  - ii. Maryland Code 섹션 19-214.2(c)(1)에 따라 조직은 진료일로부터 2년 이내에 무료 진료 자격이 있는 것으로 판명된 환자 또는 환자의 보증인에게서 받은 \$25를 초과하는 금액을 환급해야 합니다.
  - iii. 필요한 정보를 제공하는 데 있어 환자 또는 환자의 보증인의 협조 부실을 문서화하는 경우, 조직은 본 섹션 (b)(ii)에 따른 2년 기간을 진료 시 환자가 무료 진료를 받을 수 있는 자격을 결정하기 위해 병원이 환자 또는 환자의 보증인에게 정보를 요청한 날로부터 30일 이상으로 줄일 수 있습니다.
  - iv. 환자가 병원 진료를 위해 사비를 지불해야 하는 수입 조사 기반 정부 의료 플랜에 등록되어 있는 경우, 조직은 환자 플랜의 조건에 부합하는 환불을 제공해야 합니다.
- e. ECA 역전. 환자가 FAP에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정된 범위 내에서 ECA가 보고된 첫 청구서를 제공한 날로부터 240일 이내에<sup>8</sup> 조직은 의료행위에 대한

<sup>6</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(10)(iii)에 따라 환자와 조직은 환자에게 제공되거나 체결된 지불 계획의 조건을 수정하는 데 상호 동의할 수 있습니다.

<sup>7</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(e)를 참조하십시오.

<sup>8</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(9)를 참조하십시오.

대금을 납부받기 위해 환자에게 취한 모든 ECA를 되돌리기 위해 합당하게 이용 가능한 모든 조치를 취할 것입니다. 합당하게 이용 가능한 조치에는 일반적으로 환자에 대한 모든 판결 철회, 환자 재산에 대한 추가 부담금 또는 유치권 해제, 소비자 보고 조직 또는 신용 조사 조직에 보고된 환자 신용 보고서 내 모든 불리한 정보의 삭제가 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 19-214.2(f)(2)에 따라 조직은 의무가 이행된 후 60일 이내에 환자의 지급 의무 이행을 환자에 대한 불리한 정보를 보고한 소비자 보고 기관에 보고해야 합니다. 또한 의료보험 결정에 대한 항소 또는 검토가 보류 중임을 통보받은 경우, 조직은 항소가 완료된 후 60일 또는 재정 지원 거부에 대한 재검토 요청이 완료된 후 60일 이내에 환자에 대한 불리한 정보를 철회해야 합니다.<sup>9</sup>

4. 이의 및 불만 제기. 환자는 거부 통지서를 수령한 날로부터 달력 기준 십사(14)일 내에 추가 정보를 조직에 제공하여 재정 지원 자격 거부에 대한 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 최종 결정을 위해 조직이 검토합니다. 최종 결정에서 재정 지원에 대해 내려진 이전의 결정이 확인되는 경우, 서면 통지가 환자에게 발송됩니다. 조직 또는 채권 주심자의 의료 부채 징수와 관련하여 조직에 불만을 제기하고자 하는 환자는 고객 서비스 부서에 연락하실 수 있습니다.<sup>10</sup>
5. 추심. 섹션 9에 따라, 위의 절차(FAP에 따라 환자가 재정 지원을 받을 수 있는지 여부를 결정하기 위한 타당한 노력 포함)가 끝나고 조직이 ECA 사용을 정당화하는 극한 상황이 존재한다고 판단하면 조직은 환자 청구서 및 납부 계획을 수립, 처리 및 모니터링하기 위한 조직의 절차에 따라 연체 계정이 있는 무보험 및 미보험 환자를 대상으로 ECA를 진행할 수 있습니다. 본 문서 및 메릴랜드 법에 명시된 제한 사항에 따라 조직은 확실한 채권 추심업체 또는 기타 서비스 제공자를 이용하여 악성 부채 계정을 처리할 수 있으며, 그러한 업체 또는 서비스 제공자는 제3자에 적용되는 501(r) 조항과 주법 및 본 정책을 준수해야 합니다.<sup>11</sup> 조직은 본 정책에 따라 부채 추심에 대한 모든 계약을 적극적으로 감독해야 합니다. 조직은 병원 청구서<sup>12</sup>와 관련하여 환자 부채를 징수하기 위해 다음 중 어떤 행위도 해서는 안 됩니다.
  - a. 환자의 주 거주지에 대한 매각, 압류 또는 유치권 요청.
  - b. 법원이 환자에 대해 신체 구속 또는 체포 영장을 발부하도록 하는 행위.
  - c. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우 임금 압류 요청.
  - d. 환자가 무료 치료를 받을 자격이 있는 것으로 파악된 경우 또는 납세 의무 이행 후 재산 가치가 부채의 절반 미만인 경우, 사망한 환자의 유산에 대한 청구 제기.
  - e. 최초 청구서가 제공된 후 180일 이내에 해당 환자에 대한 소송 제기 또는 소송 제기 의사를 알리는 필수 서면 통지 제공.
  - f. 병원에서 환자가 재정 지원 대상자인지 결정하기 전에 환자를 상대로 소송 제기.
  - g. 소송 제기 의향에 대한 45일 서면 통지서를 먼저 제공하지 않고 환자에 대한 소송을 제기합니다. 본 통지서는 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(i) 및 메릴랜드주 규정집 10.37.10.26의 요구 사항을 준수합니다.
  - h. 최초 환자 청구서를 발행한 후 180일 이내에 환자에 대한 불리한 정보를 소비자 보고 기관에 보고.
  - i. 환자에 대한 불리한 정보를 소비자 보고 기관에 보고하거나, 민사 소송을 시작하거나, 조직이 연방법에 따라 해당 시점 직전 60일 이내에 건강 보험 결정에 대한 항소 또는 검토가 계류 중이라는 통지를 받은 경우 부채 추심자에게 추심 활동을 위임. 조직이 이의 제기 사실에 대해 파악하기 전에 소비자 보고 기관에

<sup>9</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(f)(5)를 참조하십시오.

<sup>10</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(10)에 따라, 조직은 환자가 환자의 청구서 처리와 관련하여 불만을 제기할 수 있는 메커니즘을 제공해야 합니다.

<sup>11</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(k)(4)(iii)에 따라 조직과 부채 추심자는 섹션 19-214.2의 요구 사항을 충족해야 할 공동 및 개별적 책임이 있습니다. 메릴랜드주 규정집 10.37.10.26도 참조하십시오.

<sup>12</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2를 참조하십시오.

불리한 보고를 한 경우 조직은 섹션 3(e)에 따라 해당 기관에 해당 내용을 삭제하도록 지시.

- j. 환자에 대한 불리한 정보를 소비자 보고 기관에 보고하거나, 민사 소송을 시작하거나, 해당 시점 직전 60일 이내에 환자가 무료 치료 또는 의료비 할인 거부와 관련하여 적절히 제기한 재고 요청에 따라 조직이 해당 재고를 완료하는 경우 부채 추심자에게 채무 활동을 위임. 조직이 이의 제기 사실에 대해 파악하기 전에 소비자 보고 기관에 불리한 보고를 한 경우 해당 기관에 해당 보고 내용을 삭제하도록 지시.
  - k. 서비스 당시 보험에 들지 않았거나 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자의 경우 소비자 보고 기관에 해당 환자에 대한 불리한 정보를 보고.
6. 책임 인수. 해당 개인이 자발적으로 책임을 지겠다고 동의하지 않는 한 18세 이상인 다른 사람의 의료비 부채에 대해 책임을 지지 않습니다. 본 동의는 별도의 문서로 서면으로 작성해야 하며, 응급실 또는 기타 응급 상황에서 요청해서는 안 되며 응급 서비스 제공 조건으로 요구해서도 안 됩니다.
  7. 이자. 조직은 법원 판결이 나기 전에 자가 지불 환자가 지불하는 청구서에 이자를 부과할 수 없습니다. 조직은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에 대해 서비스를 제공한 날짜 또는 그 이후에 발생한 부채에 대해 이자 또는 수수료를 부과할 수 없습니다.<sup>13</sup>
  8. 수수료. 조직은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자로부터 메릴랜드 법에 의해 규정된 공인 병원 서비스 비용을 초과하는 추가 비용을 징수하지 않습니다.<sup>14</sup>
  9. 현재 관행. 본 청구 및 추심 정책에서 이와 반대되는 조항이 있더라도, 조직은 현재 환자에 대한 판결을 추진하지 않으며, 환자에 대한 불리한 정보를 신용 기관에 보고하거나, 의료 부채 연체에 대해 이자를 부과하지 않습니다. 현재 관행에 대한 모든 변경 사항은 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.1(이하 참조)에 따라 조직의 최고 재무 책임자 및 법무 부서와 협의한 후 시행됩니다. 조직은 최소한 메릴랜드 주에서 발행한 지침을 준수하는 지불 계획 정책을 수립 및 시행할 때까지 환자에 대한 법적 조치를 추진하지 않을 것입니다.
  10. 보고 요건. 조직은 주 보고 요건을 준수하기 위해 필요에 따라 다음과 같은 정보를 수집해야 합니다:
    - a. 조직 또는 계약 채권 추심자가 의료 채무를 추심하기 위하여 소송을 제기한 인종/민족, 성별, 우편번호별 총 환자수.
    - b. 조직이 부실 채권을 신고하거나 분류하지 않은 인종/민족, 성별 및 우편번호별 총 환자수.
    - c. 본인 부담금을 포함하여 보험에 가입한 환자 및 보험에 가입하지 않은 환자로부터 징수하지 않은 청구 금액의 총액.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(3) 및 섹션 19-214.2(d)를 참조하십시오.

<sup>14</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(b)(11)를 참조하십시오.

<sup>15</sup> 메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항, 섹션 19-214.2(a)를 참조하십시오.