

CENTRO MÉDICO REGIONAL DE SAMPSON

Calle Beaman 607

Clinton, Carolina del Norte 28329

Pautas de asistencia financiera

Política y procedimiento

1. Objetivo

- a. Definir la atención caritativa, a diferencia de las deudas incobrables, y establecer políticas y procedimientos para garantizar la identificación y el registro coherentes de la atención caritativa.
- b. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden recoger en cualquier ubicación de SampsonRMC o llamando al 910 590-8751 o en nuestro sitio web en www.sampsonrmc.org/financial-assistance.

2. Definición

- a. Charity Care representa los servicios de atención médica que se brindan pero que no se puede esperar que generen flujo de efectivo. La atención caritativa es el resultado de una determinación de la capacidad de pago de un paciente, no de su disposición a pagar.
- b. La atención caritativa solo se considerará para los residentes de Carolina del Norte.

3. Estas pautas se aplican a todos los servicios proporcionados por Sampson Regional Medical Center, incluidos, entre otros, Sampson Regional Medical Center (el Hospital), Sampson Regional Medical Center's Outpatient Diagnostics Center, Sampson Regional Medical Center Outpatient Rehabilitation Services y todas las prácticas propiedad del Hospital (Sampson Regional Professional Services, Sampson Regional Medical Services, Sampson Regional Hospitalists, Sampson Regional Emergency Professional Services).

4. Política

- a. Se aplicará un descuento del 30% a todas las cuentas de pago por cuenta propia para llevar los saldos a los montos generalmente reembolsados por las compañías de seguros comerciales por servicios médicos.
- b. La determinación de la atención caritativa debe hacerse en el momento de la admisión o en el momento del servicio o poco después.
 - i. Los eventos posteriores a la admisión podrían cambiar la capacidad de pago de una persona, lo que haría posible una determinación retrospectiva.
- c. La designación de atención caritativa solo se considerará después de que se hayan agotado todos los demás recursos.
 - i. Esto incluye solicitar un seguro aplicable que incluye, entre otros, Medicare, Asistencia Médica y cualquier seguro de responsabilidad civil.
- d. Solo la parte del relato de un paciente que cumple con la definición de atención caritativa debe reconocerse como tal.
- e. Las transacciones para la atención caritativa se registrarán en el mes en que se tome la determinación.
- f. Los saldos que no se cubren de forma rutinaria como médicamente necesarios (como cirugía estética) no califican para las asignaciones de atención caritativa.

5. Los criterios a considerar para determinar la elegibilidad para la atención caritativa pueden incluir, entre otros:

- a. El ingreso familiar bruto del paciente debe estar dentro de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) o en función de las mismas.
 - i. Una familia está determinada por el número de dependientes reclamados en la declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior.
 - ii. Se requiere documentación para respaldar la tutela legal cuando se reclama a sobrinas, sobrinos y nietos como dependientes.

- b. El patrimonio neto y la liquidez de la familia del paciente.
- c. La situación laboral del paciente y su capacidad para obtener ingresos futuros.
- d. Otros gastos de manutención y obligaciones financieras.
- e. El agotamiento previo de todos los demás recursos disponibles.
- f. Enfermedad catastrófica en la que las facturas médicas exceden el ingreso bruto anual de la familia.
- g. Regulaciones legales por parte del estado.
- h. El estado de asesor de caridad de AccuReg / Experian.

6. Procedimiento

- a. SampsonRMC proporcionará atención caritativa presunta para los servicios hospitalarios médicamente necesarios.
 - i. En el momento del servicio o antes, el personal de Registro Hospitalario obtendrá el Nivel Federal de Pobreza para todos los pacientes en el momento del servicio utilizando AccuReg / Experian. Si AccuReg / Experian determina que un paciente califica para la atención caritativa según el Nivel Federal de Pobreza (FPL), no es necesario completar la Solicitud de asistencia financiera (anexo 1); la documentación de AccuReg / Experian servirá como solicitud de atención caritativa.

Los pacientes de la categoría 6 (i) calificarán para la atención caritativa según el anexo 1.

- ii. En el momento del servicio o antes, el personal de Registro Hospitalario evaluará a los pacientes para determinar si cumplen con los siguientes criterios para la atención caritativa:
 - 1. sin hogar, sin seguro conocido,
 - 2. mentalmente incapacitado sin nadie que actúe en nombre del paciente,
 - 3. inscrito en Medicaid o tiene un hijo en su hogar inscrito en Medicaid,
 - 4. inscrito en otro programa de asistencia pública con comprobación de recursos, que incluye, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Los pacientes de la categoría 6 (ii) calificarán para recibir atención caritativa para su fecha actual de servicio, así como para cualquier saldo pendiente.

- iii. Notificación
 - 1. Los pacientes que no pertenecen al Departamento de Emergencias que reciben atención caritativa presunta serán notificados en el momento del servicio.
 - 2. Los pacientes del Departamento de Emergencias serán notificados en el momento del servicio si es posible, según la condición del paciente y antes de emitir una factura al paciente.
- b. Los pacientes que reciben atención caritativa presunta no están obligados a proporcionar ninguna documentación. Los pacientes que creen que su puntaje FPL de AccuReg / Experian no es preciso o ha cambiado deben completar una solicitud de Asistencia Financiera (Anexo 1). Estos están disponibles en el sitio web del Hospital (www.SampsonRMC.org) y en todas las ubicaciones de servicio.
- c. Para los pacientes de Asistencia Médica que reciben servicios actualmente, el Hospital realizará una revisión retrospectiva al 1 de enero de 2014 y cancelará cualquier saldo pendiente a la atención de caridad.
- d. Dentro de los 60 días posteriores al servicio, para los pacientes de Asistencia Médica que reciben servicios actualmente, el Hospital reclasificará cualquier deuda pasada como atención caritativa.
- e. Para los pacientes con ingresos entre el 200% y el 300% del FPL, SampsonRMC establecerá planes de pago de hasta 36 meses para los saldos de pago por cuenta propia y después del seguro, con pagos que no excedan el 5% de los ingresos de la familia. Los saldos que excedan los pagos totales establecidos en el plan de pago se considerarán atención caritativa.
- f. Pacientes de práctica médica
 - i. Complete una Solicitud de asistencia financiera (Anexo 1) antes, durante o inmediatamente después de recibir los servicios. Los formularios estarán disponibles en todas las ubicaciones y se procesarán en cada práctica.

- g. Los pacientes serán notificados de la atención caritativa y la condonación de la deuda dentro de los 30 días posteriores a la determinación.
- 7. Pautas de caridad
 - a. La atención caritativa no catastrófica se basará en las Pautas Federales de Pobreza (anexo 2).
 - i. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 200% de la FPG, recibirán una asignación de atención caritativa del 100%.
 - ii. Si los ingresos familiares del paciente están entre el 201% y el 300% de la FPG, recibirán atención caritativa reducida según el anexo 2.
 - b. Se considerará la atención caritativa catastrófica cuando las facturas médicas excedan el ingreso bruto anual de la familia.
 - i. Los activos netos de la familia del paciente se considerarán y evaluarán para el pago en casos catastróficos.
 - ii. Si no se puede realizar un pago razonable dentro de un período de 3 años considerando los activos netos, se considerará el 300% de las pautas de FPG (según el anexo 2).
 - 1. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 300% del FPG, recibirán una asignación de atención caritativa del 100%.
 - 2. Si el ingreso familiar del paciente está entre el 301% y el 400% de la FPG, recibirá atención caritativa reducida según el anexo 2.
- 8. Los saldos después del descuento por pago por cuenta propia y/o los ajustes de asistencia financiera están sujetos a las políticas de cobro de Sampson Regional Medical Center, incluidas las agencias de cobro de terceros y/o los procedimientos legales.
 - a. Las agencias de cobro de terceros deben informar a los deudores sobre las políticas de asistencia financiera y mitigación de deudas médicas del hospital.
- 9. La Administración puede hacer excepciones a esta política caso por caso.

**Sampson Regional Medical Center
Charity Care Guidelines
as of February 1, 2025**

FAMILY SIZE	Federal Poverty Guidelines (2025)		200% of Federal Poverty Guidelines		300% of Federal Poverty Guidelines	
	Annual	Monthly	Yearly 200%	Monthly 200%	Yearly 300%	Monthly 300%
	Gross Income	Gross Income	Gross Income	Gross Income	Gross Income	Gross Income
1	\$15,650	\$1,304	\$31,300	\$2,608	\$46,950	\$3,913
2	\$21,150	\$1,763	\$42,300	\$3,525	\$63,450	\$5,288
3	\$26,650	\$2,221	\$53,300	\$4,442	\$79,950	\$6,663
4	\$32,150	\$2,679	\$64,300	\$5,358	\$96,450	\$8,038
5	\$37,650	\$3,138	\$75,300	\$6,275	\$112,950	\$9,413
6	\$43,150	\$3,596	\$86,300	\$7,192	\$129,450	\$10,788
7	\$48,650	\$4,054	\$97,300	\$8,108	\$145,950	\$12,163
8	\$54,150	\$4,513	\$108,300	\$9,025	\$162,450	\$13,538
\$5,500 for each additional family member			\$11,000 for each additional family member		\$16,500 for each additional family member	

Non-Catastrophic Charity

Based on Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	200%	100%
201%	250%	75%
251%	300%	50%
over 300%		0%

Catastrophic Charity Care

Based on 300% Federal Poverty Guidelines, if income is

between	and	charity amount is
1%	300%	100%
301%	350%	75%
351%	400%	50%
over 400%		0%



612 Beaman Street, Clinton, NC
910.590.8751
www.SampsonRMC.org/FinancialAssistance

necesaria a: Sampson Regional Medical Center's
Business Office, ubicado en 612 Beaman Street,
Clinton, NC; o envíe un correo a:
PO Box 260, Clinton, NC 28329

Entregue la solicitud completa y cualquier información adicional

Solicitud de asistencia financiera

Rellene toda la información por completo. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

Información de verificación

- ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No De ser afirmativo, haga una lista de sus idiomas de preferencia: _____
- ¿El paciente ha hecho la solicitud para Medicaid? ☐ Sí ☐ No (podría requerirse con el fin de ser considerado para recibir la asistencia financiera).
- ¿El paciente recibe beneficios de servicios públicos del estado tales como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)? ☐ Sí ☐ No
- ¿La asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No
- ¿El empleador del paciente/cónyuge/tutor ofrece seguro médico? ☐ Sí ☐ No
(De ser negativo, debe tener una carta del empleador).
- ¿Usted presenta una declaración de impuestos federal? ☐ Sí ☐ No De ser negativo, explique por qué: _____

Tenga en cuenta que:

- No le podemos garantizar que calificará para la asistencia financiera, incluso si realizó la solicitud.
- Una vez que envíe la solicitud, revisaremos toda la información y solicitaremos información adicional o un comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación, le notificaremos si califica para recibir la asistencia.

Información del paciente y el solicitante

Primer nombre del paciente: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona encargada de los pagos: _____ Parentesco con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número(s) telefónico(s) de contacto principal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación laboral de la persona responsable de los pagos: ☐ Empleado (fecha de contratación: _____)

☐ Desempleado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro: _____

Información familiar

Enumere los miembros familiares de su hogar, incluyéndose a sí mismo. "Familiares" incluye a personas que viven juntas que estén emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 años o más: nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingreso:	Si tiene 18 años o más: monto total bruto del ingreso mensual (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben divulgarse. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo: salarios, compensación por desempleo, trabajo independiente, indemnización del empleado, indemnización por discapacidad, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), manutención de menor o cónyuge, programa de trabajo y estudios (estudiantes), pensión, reparto de la cuenta de jubilación, ingreso de la pensión alimenticia, ingresos por alquiler, ingresos por inversión, otro (explique) _____

Información sobre ingresos

RECUERDE: Debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud y entregarlo a Sampson Regional's Business Office ubicado en 612 Beaman St Clinton, NC; o enviarlo por correo a PO Box 260 Clinton, NC 28329.

Debe proporcionar la información de los ingresos de su familia. Es necesaria la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2", 1099 o 1040.
- Si es trabajador independiente, ingreso bruto de negocio - Anexo C.
- Declaración de impuesto sobre la renta del año pasado, incluyendo los anexos si aplica.
- Copia de talonarios de pago o del comprobante de ingresos que cubra 30 días.
- Verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (manutención infantil, seguro social, pensión alimenticia, compensación por desempleo, ayuda para hijos dependientes, cupones para alimentos, ingresos por discapacidad, y ayuda de un pariente/amigo, etc.)
- Verificación por escrito donde se indique que no es elegible para Medicaid. Esto no es necesario si tiene seguro médico. Si está a la espera de Medicaid, entregue su solicitud con toda la información y documentos necesarios para cumplir con el periodo de 30 días.
- Si está desempleado, explique en la sección de comentarios a continuación cómo paga actualmente sus cuentas.

Comentarios: _____

Si no posee comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

Información sobre gastos

Usamos esta información para tener una descripción más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____

Otras deudas/gastos \$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

Información sobre bienes

Es posible que esta información se utilice si su ingreso está por encima del 101% de los lineamientos federales de pobreza.

Saldo actual de su cuenta corriente	\$ _____	Nombre del banco: _____
Saldo actual de su cuenta de ahorros	\$ _____	Nombre del banco: _____
Efectivo en mano	\$ _____	
Valor estimado de su hogar	\$ _____	
Valor estimado de su segundo hogar	\$ _____	
Valor estimado de su auto	\$ _____	
Valor estimado de su auto	\$ _____	
Valor estimado de su auto	\$ _____	

¿Su familia posee estos otros activos? Marque todas las que apliquen.

- ☐ Acciones ☐ Bonos ☐ 401k ☐ Cuenta(s) de ahorro para gastos de salud ☐ Fideicomiso(s)
☐ Propiedad (excluyendo la residencia principal) ☐ Posee un negocio

Información adicional

Adjunte una página adicional si existe más información sobre su actual situación financiera que le gustaría que supiéramos, tales como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o pérdida personal.

Acuerdo del paciente

Entiendo que el Sampson Regional Medical Center y sus consultorios podrían verificar la información por medio de revisiones a la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar en la determinación de la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que, si la información financiera que otorgo es considerada como falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia financiera y es posible que sea responsable de, y se espere de mí, pagar por los servicios otorgados.

Firma del solicitante _____

Fecha _____