

CENTRO MÉDICO REGIONAL SAMPSON

607 Calle Beaman
Clinton, NC 28329

Directrices de Asistencia Financiera Política y Procedimiento

1. **Objetivo**
 - a. Definir la Atención Solidaria, en distinción de las deudas incobrables, y establecer políticas y procedimientos para garantizar la identificación y registro coherente de la Atención Financiera.
 - b. Las solicitudes de Asistencia Financiera pueden recogerse en cualquier ubicación de SampsonRMC, llamando al 910 590-8751 o en nuestra página web www.sampsonrmc.org/financial-assistance.
2. **Definición**
 - a. Charity Care representa servicios sanitarios que se prestan pero que no se puede esperar que generen flujo de caja. Charity Care resulta de la determinación de la capacidad de pago del paciente, no de su disposición a pagar.
 - b. El cuidado benéfico solo se considerará para residentes de Carolina del Norte.
3. Estas directrices se aplican a todos los servicios proporcionados por el Centro Médico Regional de Sampson, incluyendo, pero no limitándose a, el Centro Médico Regional de Sampson (el Hospital), el Centro de Diagnóstico Ambulatorio del Centro Médico Regional de Sampson, los Servicios de Rehabilitación Ambulatoria del Centro Médico Regional de Sampson y todas las consultas propiedad del hospital (Servicios Profesionales Regionales de Sampson, Servicios Médicos Regionales de Sampson, Hospitalistas Regionales de Sampson, Servicios Profesionales de Emergencia Regional de Sampson, Atención Especializada Regional de Sampson).
 - a. Los servicios hospitalarios no cubiertos por esta política incluyen lecturas/interpretaciones de imagen (Clinton X-Ray), servicios de patología y laboratorio especializado (Clinton Area Pathology Services, Raleigh Pathology Laboratory Associates, Lab Corp) y otros cirujanos o especialistas que puedas elegir para servicios.
4. **Política**
 - a. Se aplicará un descuento del 30% a todas las cuentas de pago directo para reducir los saldos a cantidades generalmente facturadas para reflejar los reembolsos de las compañías de seguros comerciales por servicios médicos.
 - b. La decisión de la Atención Caritativa debe tomarse en el momento de la admisión, en el momento del servicio o poco después.
 - i. Los eventos posteriores a la admisión pueden alterar la capacidad de pago de una persona, haciendo posible la determinación retrospectiva.
 - c. La designación de Atención Al Caridad solo se considerará después de agotarse todos los demás recursos.
 - i. Esto incluye solicitar el seguro aplicable, incluyendo, pero no limitándose a, Medicare, Asistencia Médica y cualquier seguro de responsabilidad civil.
 - d. Solo la parte del relato del paciente que cumpla con la definición de Atención Benéfica debe ser reconocida como tal.
 - e. Las transacciones para el cuidado benéfico se publicarán en el mes en que se tome la decisión.
 - f. Los saldos que no están cubiertos rutinariamente como médicamente necesarios (como la cirugía estética) no califican para las asignaciones de Atención Solidaria.
5. Los criterios a tener en cuenta para determinar la elegibilidad para Atención a la Caridad pueden incluir, pero no se limitan a:
 - a. El ingreso bruto familiar del paciente debe estar dentro de las Directrices Federales de Pobreza (FPG) o una función de ellas.
 - i. Una familia se determina por el número de dependientes declarados en la declaración del Impuesto Federal sobre la Renta del año anterior.
 - ii. Se requiere documentación que respalde la tutela legal cuando se reclama como dependientes a sobrinas, sobrinos y nietos.

- b. El patrimonio neto y la liquidez de la familia del paciente.
- c. El estado laboral del paciente y su capacidad para obtener ingresos futuros.
- d. Otros gastos de vida y obligaciones financieras.
- e. El agotamiento previo de todos los demás recursos disponibles.
- f. Enfermedad catastrófica en la que las facturas médicas superan los ingresos brutos anuales de la familia.
- g. Regulaciones legales del estado.
- h. El estatus de Asesor de Organizaciones Benéficas de AccuReg.

6. Procedimiento

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

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

- ii. En el momento o antes del servicio, el personal de Registro Hospitalario examinará a los pacientes para determinar si cumplen los siguientes criterios para la atención benéfica:
 - 1. Sin hogar, sin seguro conocido,
 - 2. mentalmente incapacitado sin nadie que actúe en nombre del paciente,
 - 3. inscritos en Medicaid o tener un hijo en su hogar inscrito en Medicaid,
 - 4. se inscribió en otro programa de asistencia pública con condiciones de recursos, que incluye, pero no limitándose a, el Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Los pacientes de la categoría 6(ii) podrán acceder a la atención benéfica tanto para la fecha actual de servicio como para cualquier saldo pendiente.

- iii. Notificación
 - 1. Los pacientes que no pertenezcan al Departamento de Urgencias que reciban atención benéfica presunta serán notificados en el momento del servicio.
 - 2. Los pacientes del Departamento de Urgencias serán notificados en el momento del servicio si es posible, dependiendo de su estado y antes de emitir una factura al paciente.
- b. Los pacientes que reciben Atención Presuntiva de Caridad no están obligados a aportar ninguna documentación. Los pacientes que consideren que su puntuación FPL de Accureg no es precisa o ha cambiado deben completar una solicitud de Asistencia Financiera (Anexo 1). Estas están disponibles en la página web del Hospital (www.SampsonRMC.org) y en todos los puntos de servicio.
- c. Para los pacientes de Asistencia Médica que reciben servicios actualmente, el hospital realizará una revisión hasta el 1 de enero de 2014 y deducirá cualquier saldo pendiente en atención benéfica.
- d. Dentro de los 60 días posteriores al servicio, para los pacientes de Asistencia Médica que actualmente reciban servicios, el hospital reclasificará cualquier deuda pasada como atención benéfica.
- e. Para pacientes con ingresos entre el 200% y el 300% del FPL, SampsonRMC establecerá planes de pago de hasta 36 meses para saldos de pago directo y después del seguro, con pagos que no excedan el 5% de los ingresos familiares. Los saldos que superen el total de pagos establecidos en el plan de pagos se considerarán atención benéfica.
- f. Pacientes en la práctica médica
 - i. Completa una Solicitud de Asistencia Financiera (Anexo 1) antes, durante o inmediatamente después de recibir los servicios. Los formularios estarán disponibles en todos los lugares y se procesarán en cada consulta.
- g. Los pacientes serán notificados sobre la atención benéfica y la condonación de deudas dentro de los 30 días posteriores a la determinación.

7. Directrices para la organización benéfica
 - a. La atención benéfica no catastrófica se basará en las Directrices Federales de Pobreza (ejemplo 2).
 - i. Si los ingresos familiares del paciente están en el 200% o por debajo del FPG, recibirán una asignación de atención caritativa al 100%.
 - ii. Si los ingresos familiares del paciente están entre el 201% y el 300% del FPG, recibirán una atención benéfica reducida según el documento 2.
 - b. Se considerará la atención benéfica catastrófica cuando las facturas médicas superen los ingresos brutos anuales de la familia.
 - i. Los bienes netos familiares del paciente serán considerados y evaluados para su pago en casos catastróficos.
 - ii. Si no se puede realizar un pago razonable en un periodo de 3 años considerando los activos netos, se considerarán las directrices del 300% del FPG (según el anexo 2).
 1. Si los ingresos familiares del paciente están en el 300% o por debajo del FPG, recibirán el 100% de la asignación de atención benéfica.
 2. Si los ingresos familiares del paciente están entre el 301% y el 400% del FPG, recibirán una atención benéfica reducida según el anexo 2.
8. Los saldos posteriores al descuento por pago directo y/o ajustes por asistencia financiera están sujetos a las políticas de cobro del Centro Médico Regional de Sampson, incluyendo agencias de cobro externas y/o procedimientos legales.
 - a. Las agencias de cobro externas están obligadas a informar a los deudores sobre las políticas de mitigación de deudas médicas y de asistencia financiera 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, 2026**

FAMILY SIZE	Federal Poverty Guidelines (2026)		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	\$15,960	\$1,330	\$31,920	\$2,660	\$47,880	\$3,990
2	\$21,640	\$1,803	\$43,280	\$3,607	\$64,920	\$5,410
3	\$27,320	\$2,277	\$54,640	\$4,553	\$81,960	\$6,830
4	\$33,000	\$2,750	\$66,000	\$5,500	\$99,000	\$8,250
5	\$38,680	\$3,223	\$77,360	\$6,447	\$116,040	\$9,670
6	\$44,360	\$3,697	\$88,720	\$7,393	\$133,080	\$11,090
7	\$50,040	\$4,170	\$100,080	\$8,340	\$150,120	\$12,510
8	\$55,720	\$4,643	\$111,440	\$9,287	\$167,160	\$13,930
\$5,680 for each additional family member			\$11,360 for each additional family member		\$17,040 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