

SAMPSON REGIONAL MEDICAL CENTER

Fecha de vigencia 2/1/2025

607 Beaman Street
Clinton, NC 28329

Pautas de asistencia financiera Políticas y procedimientos

1. Objetivo

- a. Definir la atención caritativa, a diferencia de las deudas incobrables, y establecer políticas y procedimientos para asegurar la identificación y el registro coherentes de la atención caritativa.
- b. Las solicitudes de asistencia financiera pueden obtenerse 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. La atención caritativa 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 voluntad de pagar.
- b. Solo se considerará la atención caritativa para residentes de Carolina del Norte.

3. Estas pautas se aplican a todos los servicios prestados por Sampson Regional Medical Center, que incluye, entre otros, Sampson Regional Medical Center (el hospital), el Centro de Diagnóstico Ambulatorio de Sampson Regional Medical Center, los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios de Sampson Regional Medical Center y todos los consultorios 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 montos generalmente reembolsados por las compañías de seguros comerciales por servicios médicos.
- b. La determinación de atención caritativa debe hacerse en el momento del ingreso, 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 el seguro correspondiente como, por ejemplo, Medicare, Medical Assistance (Asistencia Médica) y cualquier seguro de responsabilidad civil.
- d. Solo la parte de la cuenta de un paciente que cumpla con la definición de atención caritativa debe ser reconocida 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 las cirugías estéticas, no califican para los subsidios de atención caritativa.

5. Los criterios que se deben considerar para determinar la elegibilidad para la atención caritativa pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- a. El ingreso familiar bruto del paciente debe estar por debajo de la Línea Federal de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) o debe rondarla.
 - i. Una familia está determinada por el número de dependientes declarados en la declaración de impuestos federales del año anterior.
 - ii. Se requiere documentación para respaldar la tutela legal cuando los sobrinos y nietos se declaran 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 por la cual las facturas médicas exceden el ingreso bruto anual de la familia.
- g. Normativas legales del estado.
- h. El estado de asesor caritativo de AccuReg.

6. Procedimiento

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

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

- ii. En el momento del servicio o antes, el personal de registro del hospital evaluará a los pacientes para determinar si cumplen con los siguientes criterios para recibir atención caritativa:
 1. sin hogar, sin seguro conocido;
 2. incapacitados mentalmente sin nadie que actúe en su nombre;
 3. inscritos en Medicaid o con un hijo en su familia inscrito en Medicaid;
 4. inscritos en otro programa de asistencia pública sujeto a comprobación de recursos, como el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children Nutrition Program, WIC) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, 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 estén en el Departamento de Emergencias y reciban atención caritativa presunta serán notificados en el momento del servicio.
 2. Se notificará a los pacientes que estén en el Departamento de Emergencias 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 reciban atención caritativa presunta no están obligados a proporcionar ninguna documentación. Los pacientes que consideren que su puntaje del FPL de AccuReg no es exacto o que ha cambiado deben completar una Solicitud de asistencia financiera (Anexo 1). Estas están disponibles en el sitio web del hospital (www.SampsonRMC.org) y en todos los lugares donde se prestan servicios.
 - c. Para los pacientes con ingresos entre el 200 % y el 300 % del FPL, SampsonRMC establecerá planes de pago de hasta 36 meses para 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 el total de los pagos establecidos en el plan de pagos se considerarán atención caritativa.
 - d. Pacientes que se encuentren en un consultorio médico
 - 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 sedes y se procesarán en cada consultorio.

7. Pautas de la atención caritativa

- a. La atención caritativa no catastrófica se basará en la Línea Federal de Pobreza (anexo 2).
 - i. Si los ingresos familiares del paciente son iguales o inferiores al 200 % de la FPG, recibirá el 100 % del subsidio de atención caritativa.
 - ii. Si los ingresos familiares del paciente se sitúan entre el 201 % y el 300 % de la FPG, recibirá una 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. Se considerarán y evaluarán los activos netos de la familia del paciente 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 la FPG (según el anexo 2).
 1. Si el ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 300 % de la FPG, recibirá el 100 % del subsidio de atención caritativa.

2. Si los ingresos familiares del paciente se sitúan entre el 301 % y el 400 % de la FPG, recibirá una 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 cobranza del Sampson Regional Medical Center, lo que incluye las agencias de cobranzas externas y/o los procedimientos legales.
9. La Administración puede hacer excepciones a esta política considerando 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