Anexo B - Pautas de descuento para ayuda financiera 2023

Encompass Health Rehabilitation Hospital of Round Rock
1400 Hester's Crossing
Round Rock, TX 78681
512.244.4400
ehc.rehab/RoundRockFA

2023 Ingresos familiares expresados como un porcentaje de las guías federales para determinar los índices de pobreza (FPG)

Descuento aplicado		**100% de descuento**	**75% de descuento**	**50% de descuento**
Tamaño de la familia	Guías federales para determinar los índices de pobreza*	Ingresos iguales o menores que el 200% de la FPG	Ingresos del 201% al 300% de la FPG	Ingresos del 301% al 400% de la FPGG
1	$14,580	$0 - $29,160	$29,161 - $43,740	$43,741 - $58,320
2	$19,720	$0 - $39,440	$39,441 - $59,160	$59,161 - $78,880
3	$24,860	$0 - $49,720	$49,721 - $74,580	$74,581 - $99,440
4	$30,000	$0 - $60,000	$60,001 - $90,000	$90,001 - $120,000
5	$35,140	$0 - $70,280	$70,281 - $105,420	$105,421 - $140,560
6	$40,280	$0 - $80,560	$80,561 - $120,840	$120,841 - $161,120
7	$45,420	$0 - $90,840	$90,841 - $136,260	$136,261 - $181,680
8	$50,560	$0 - $101,120	$101,121 - $151,680	$151,681 - $202,240

*Para las unidades familiares con más de ocho personas, agregue $5,140 por cada persona adicional.

Los montos cobrados a un paciente elegible para asistencia financiera en virtud de esta política se basarán en el descuento aplicable indicado en la tabla anterior multiplicado por los cargos brutos que, de otro modo, serían facturables al paciente, sujeto a la limitación "AGB" que se describe a continuación.

De conformidad con el Código de Impuestos Internos, sección 501(r), al paciente elegible para recibir asistencia financiera según esta política no se le cobrará un monto mayor que el que se factura habitualmente a las personas cuyo seguro cubre tal atención (monto generalmente facturado o "AGB", por sus siglas en inglés).

El Centro de Salud, en principio, ha decidido calcular el monto generalmente facturado de acuerdo con el "método para posible Medicare" descrito en las Reglamentaciones del Tesoro aplicables, con el proceso de facturación y codificación que el centro usaría si la persona fuera beneficiaria de pago por servicio de Medicare y estableciera el monto generalmente facturado para la atención en el monto que el centro determine que sería el total que Medicare aprobaría por tal atención (que incluye los montos que reintegraría Medicare y el monto por el cual debería responder el beneficiario personalmente para pagar en forma de copagos, coseguro y deducibles).

©2022:Encompass Health Corporation:1724024SP