

**Política de asistencia financiera
(GB-16007)**

Anexo 4

Porcentaje de montos generalmente facturados

El monto generalmente facturado es el pago por servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que realizarían los pacientes o el garante de un paciente. Para los pacientes sin seguro calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización descrito en el apartado §1.50(r)-5(b) (3) del Código del Servicio de Rentas Internas.

El método de actualización se basará en el pago por servicio (*Fee-for-Service*) de Medicare junto con todos los reclamos pagados por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos durante el año calendario anterior (12 meses).

Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador con el pago por servicio de Medicare junto con todos los reclamos autorizados y pagados por seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos se incluirán en el denominador.

El monto generalmente facturado se calculará con una frecuencia no menor a la anual desde el día número 45 a partir del cierre del año calendario anterior y se implementará desde el día número 120 a partir del cierre del año calendario actual.

Fecha de vigencia	Porcentaje
1 de abril de 2023	47.8%
1 de abril de 2024	49.4%