

Tamaño de la familia o grupo familiar	100 % del FPG de 2025	200 % del FPG de 2025	300 % del FPG de 2025	400 % del FPG de 2025	600 % del FPG de 2025
	Atención gratuita	Atención gratuita	75 % de descuento	75 % de descuento	75 %* de descuento
1	\$15,650	\$31,300	\$46,950	\$62,600	\$93,900
2	\$21,150	\$42,300	\$63,450	\$84,600	\$126,900
3	\$26,650	\$53,300	\$79,950	\$106,600	\$159,900
4	\$32,150	\$64,300	\$96,450	\$128,600	\$192,900
5	\$37,650	\$75,300	\$112,950	\$150,600	\$225,900
6	\$43,150	\$86,300	\$129,450	\$172,600	\$258,900
7	\$48,650	\$97,300	\$145,950	\$194,600	\$291,900
8*	\$54,150	\$108,300	\$162,450	\$216,600	\$324,900

* Añada \$5,500 por cada persona más a partir de los 8 miembros en un grupo familiar.

** El porcentaje de descuento anterior se ha establecido para cumplir tanto con (i) la Ley de descuentos para pacientes sin seguro de los hospitales de Illinois, que limita las cantidades que se pueden facturar al paciente al 135 % de los costos de MHHCMHHC, como con (ii) la ley federal aplicable, que establece que MHHCMHHC no puede facturar a un paciente elegible para recibir ayuda económica más que las cantidades generalmente facturadas (“AGB”) por el Hospital a los pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. MHHHC calculó su AGB usando el método de cálculo retroactivo establecido en las Reglamentaciones del Tesoro aplicables, considerando las cantidades pagadas por Medicare y los pagadores comerciales. Dicho cálculo dio como resultado lo siguiente: