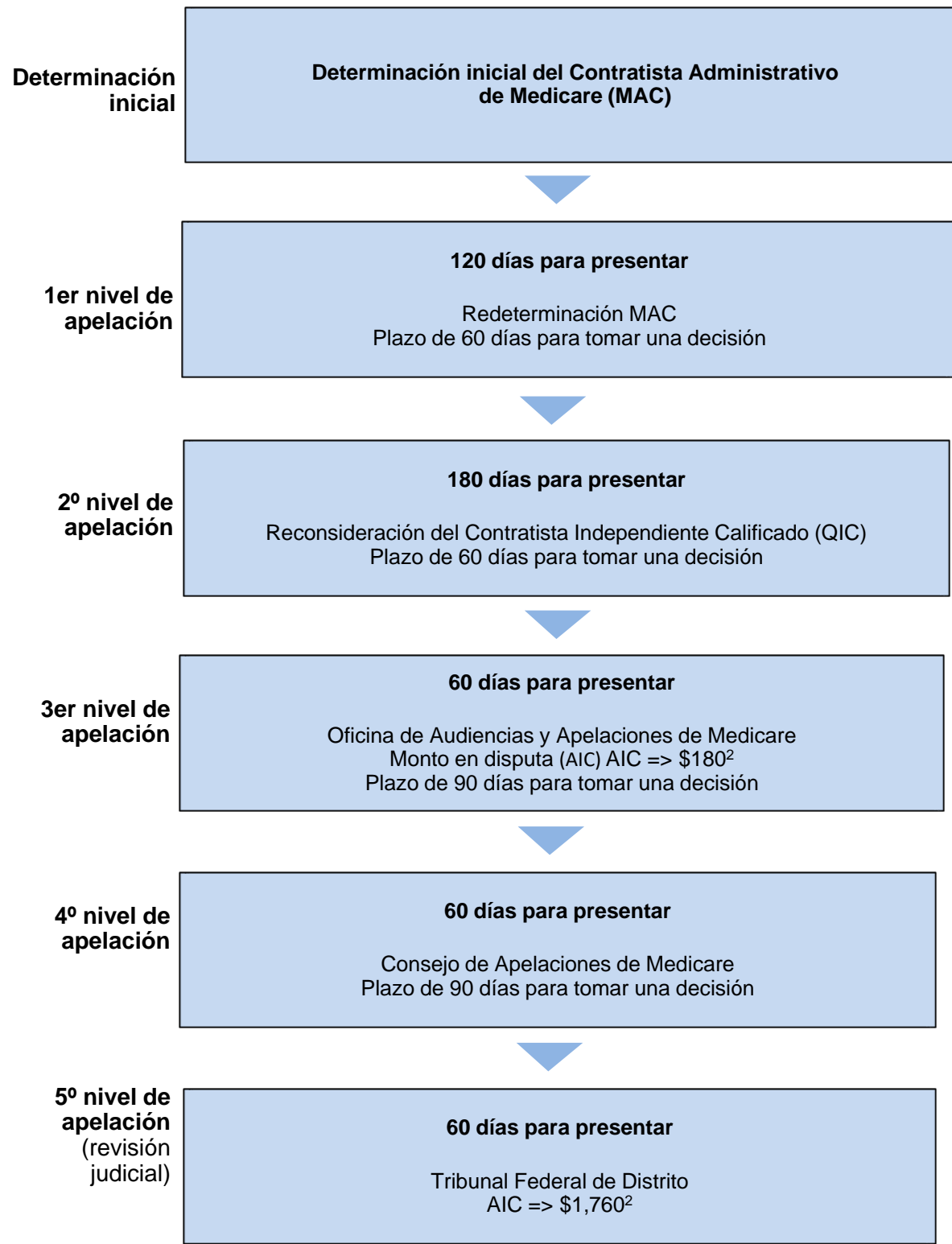


Tabla comparativa de los procesos de apelaciones de Medicare

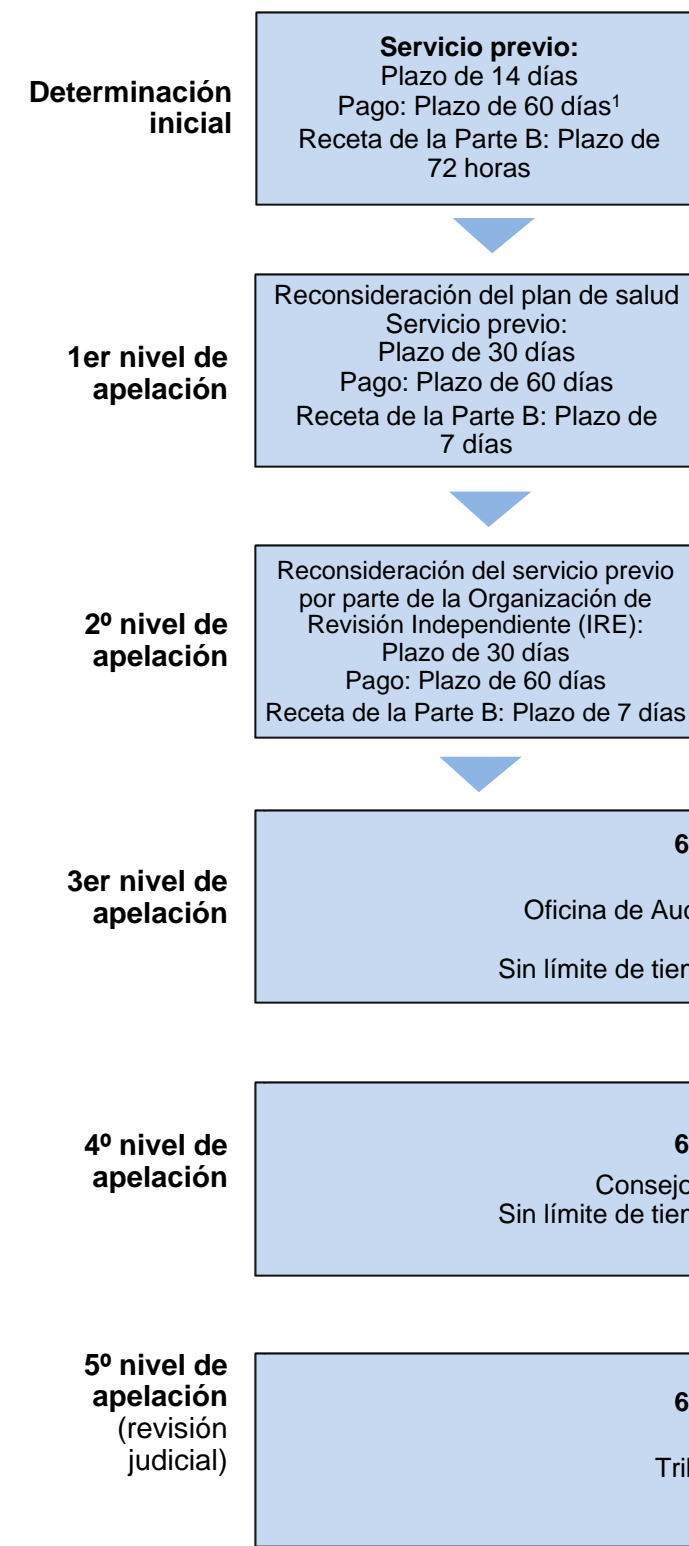
Proceso de apelaciones (pago por servicio) de la Parte A y B de Medicare

PROCESO ESTÁNDAR

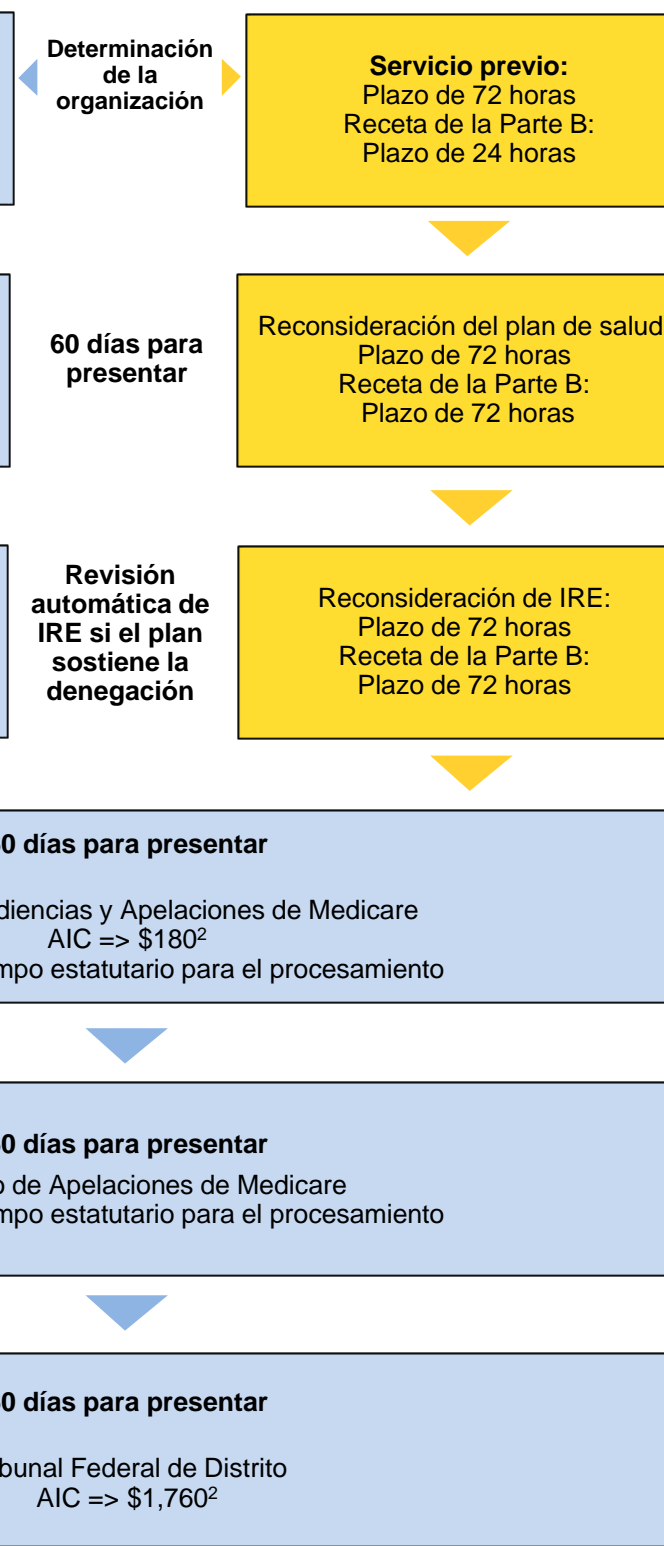


Proceso de apelaciones (Medicare Advantage) de la Parte C de Medicare

PROCESO ESTÁNDAR

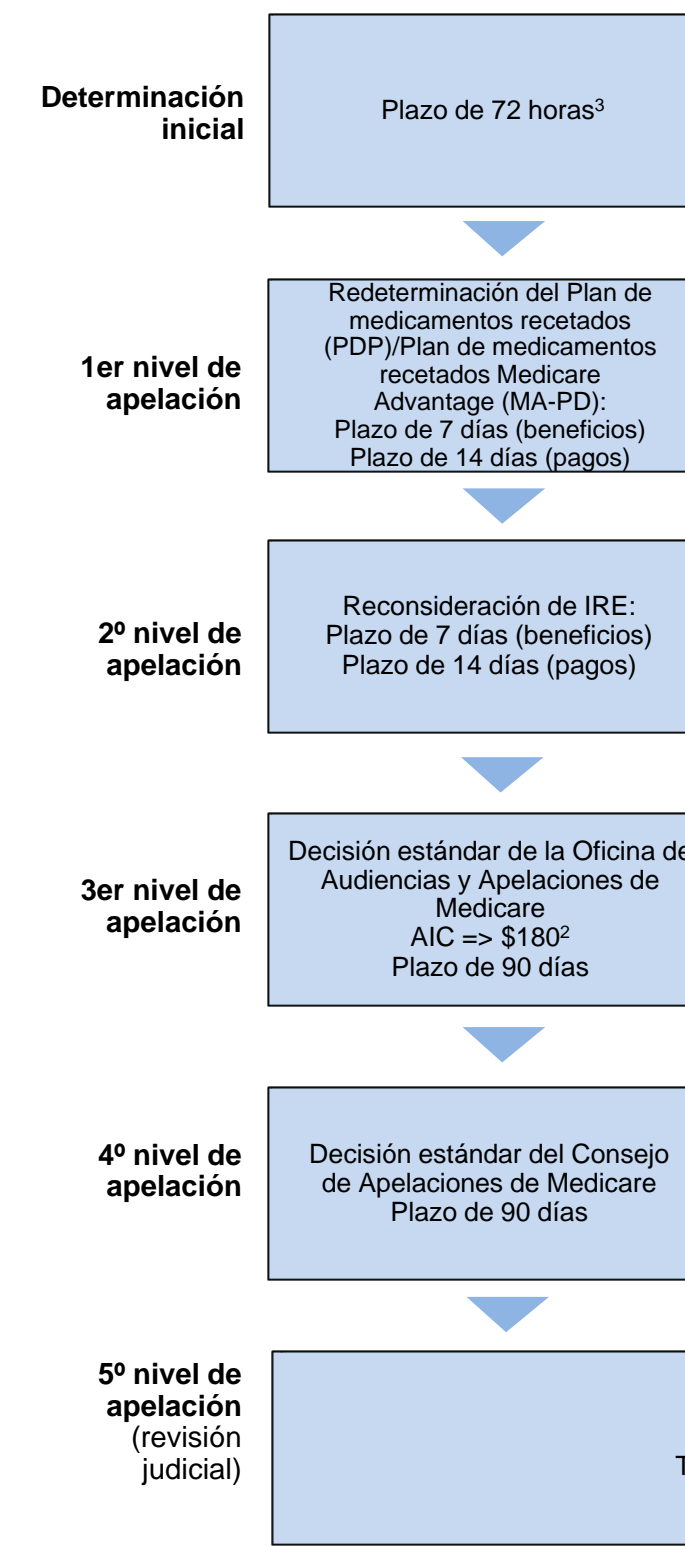


PROCESO ACELERADO⁴

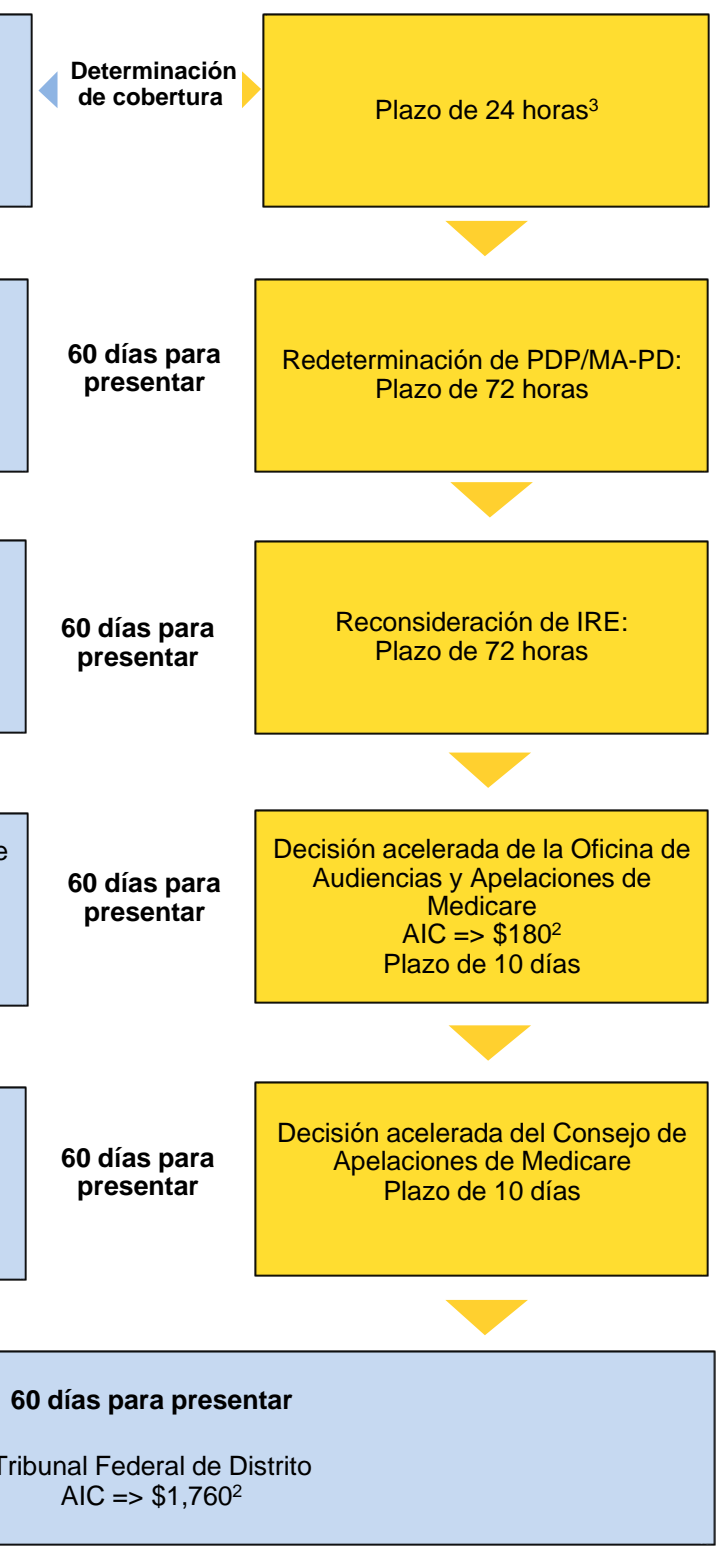


Proceso de apelaciones (medicamentos) de la Parte D de Medicare

PROCESO ESTÁNDAR



PROCESO ACELERADO⁴



¹ Los planes deberán procesar el 95% de todas las reclamaciones limpias de proveedores fuera de la red dentro de unos 30 días. Todas las demás reclamaciones deberán ser procesadas dentro de los 60 días.

² El requisito de AIC para todas las apelaciones en la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA) y en el Tribunal Federal de Distrito se ajusta anualmente de acuerdo con el componente de atención médica del índice de precios al consumidor. La tabla refleja los montos AIC para el año calendario 2021.

³ Una solicitud de determinación de cobertura incluye una solicitud de exención a los niveles o una exención al formulario. Los plazos de adjudicación generalmente comienzan cuando la solicitud es recibida por el patrocinador del plan. No obstante, si la solicitud implica una solicitud de exención, el plazo de adjudicación comienza cuando el patrocinador del plan recibe la declaración de respaldo del médico.

⁴ Los planes pueden, pero no están obligados a, acelerar las solicitudes de pago.

NOTA: El plazo de presentación empieza cuando se recibe la decisión o determinación anterior.