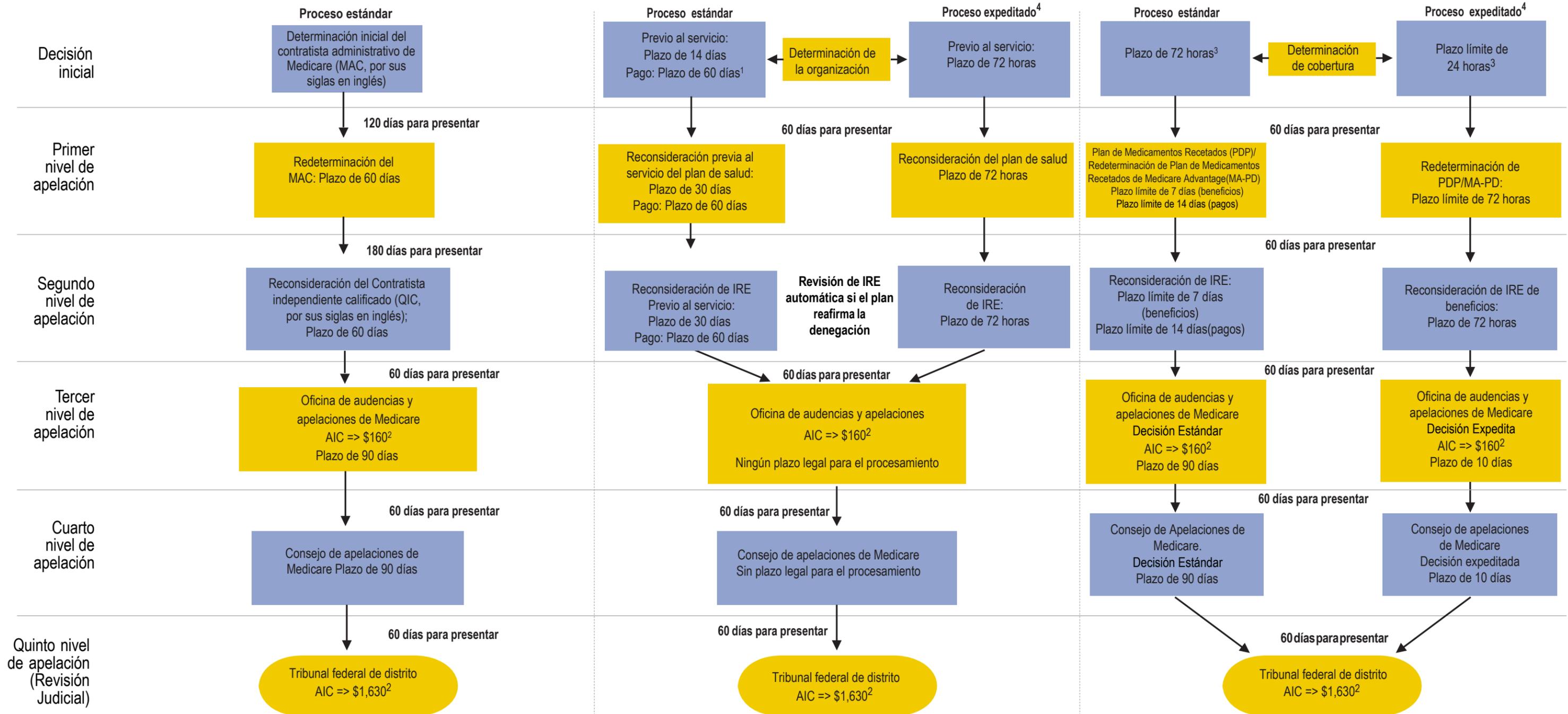


Comparación de los Procesos de Apelación de las Partes A, B, C y D para 2019

Procesos de Parte A y Parte B (pago-por-servicio)

Proceso de Parte C (Medicare Advantage)

Proceso de Parte D (Medicamentos)



1: Los planes deberán procesar 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 a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA) y el Tribunal federal de Distrito se ajusta anualmente según el componente de atención médica del Índice de Precios al Consumidor. El cuadro refleja los montos AIC para el año actual 2019.
 3: Una solicitud de determinación de cobertura incluye una solicitud de exención a los niveles o una exención al formulario. Los plazos de adjudicación suelen comenzar cuando el pedido es recibido 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: Las solicitudes de pago no pueden ser aceleradas.