

외부 검토 소비자 가이드

거부당한 건강보험 청구 또는
의료치료에 대한 귀하의 권리 및
독립적 검토 절차의 이해.



알래스카 주
보험과

550 W. 7th Avenue, Suite 1560

앵커리지, 알래스카 99501-3567



알래스카 주 보험과

550 W. 7th Avenue, Suite 1560, 앵커리지, 알래스카 99501-3567

전화: (907)269-7900

팩스: (907) 269-7910

TTY/TDD: 711 or (800) 770-8973

외부 검토

소비자 가이드

외부 검토란 무엇입니까?

알래스카 법률은 종합 건강 또는 치과 보험에 가입한 개인들에게 보험 회사와 관련이 없는 국가가 인증한, 독립 검토 기관 (IRO)을 제공받을 권리를 부여하며, 특정 보험청구, 요청한 서비스나 치료에 대한 보험사의 거부가 정당화되는지를 검토합니다. 이 유형의 검토는 의학적 필요성, 적합성, 건강 관리 환경 및 진료 수준 또는 치료 효과에 대한 보험사의 요구 사항을 충족시키지 못한다는 근거로 권장 서비스나 치료가 거부된 경우 사용할 수 있습니다. 외부 검토는 보험사가 의료 서비스 또는 실험적 또는 시험용으로 간주되는 치료를 거부할 때도 가능합니다.



외부 재심 청구의 자격 요건은 무엇입니까?

외부 검토 자격을 얻으려면 다음 조건을 충족해야 합니다:

- 피보험자는 종합보험 또는 치과 보험에 가입해야 합니다.
- 외부 검토 요청의 대상인 서비스는 a) 보험 계약조건에 따른 보험적용 혜택 또는 b) 보험적용이 될 수도 있는 치료이어야 합니다.
- 피보험자는 보험 회사의 내부 이의 제기 (재심청구) 절차를 소진하고 보험 적용 혜택 (또는 "불리한 결정")에 대한 보험 회사의 최종 결정을 받아야 합니다. 그러나 지연된 치료가 피보험자의 생명이나 건강 기능을 회복할 능력을 심각하게 위태롭게 하는 긴급 상황에 대해서는 그 요구조건에 예외가 있습니다. 다음 예외 사항은 보험 대상자가 피보험자가 보험사의 내부 재심청구 절차를 우회해서 외부 검토로 직접 갈 수 있게 합니다.
 - 예외 # 1 : 피보험자가 내부 재심청구 절차를 건너 뛴 수 있도록 보험사가 서면 동의한다.
 - 예외 # 2 : 보험사가 내부 재심청구 절차에 대한 규정을 준수하지 않았으며 알래스카 법령 (3 AAC 28.930 - .938)에 따라 제 시간에 최종 결정을 발표하지 않았다.
- 피보험자 (또는 위임된 대리인)는 보험사의 내부 재심청구 프로세스의 마지막 수준에서 요청된 치료나 서비스에 대하여 보험회사가 불리한 결정을 한 날짜로부터 180일 이내에 보험사나 보험과에 외부검토 요청을 해야 한다.
- 피보험자의 외부 검토 요청은 의료 서비스 제공자의 의료 과실, 전문적 부주의 또는 기타 전문적인 과실에 대한 주장이나 혐의를 목적으로 제출될 수 없습니다.

어떤 종류의 건강 보험이 외부 항소에서 제외됩니까?

일반적으로 외부 검토는 치과 보험 및 보험 회사가 제공하는 대부분의 주요 의료 건강 보험에 이용할 수 있습니다. 다음의 건강 보험은 알래스카 보험과를 통한 외부 검토를 이용할 수 없습니다:

- 메디케이드
- 드날리 키드 케어 (아동 건강 보험 프로그램 (CHIP))
- 메디케어
- 기타 정부가 후원하는 모든 건강 보험 또는 건강 서비스 프로그램
- 고용주가 스스로 기금을 지원하는 건강 보험
 - 참고 : 대부분의 자체 기금 플랜은 고용주가 운영하는 외부의 재심청구권을 제공합니다.

다른 사람이 내 외부 검토 프로세스에서 나를 대변할 수 있습니까?

예. 보험 대상자는 치료 의료 제공자를 포함한 개인을 그/그녀의 위임된 대리인으로 지정할 수 있습니다. 이 지정은 일반적으로 외부 검토 요청 양식에서 수행됩니다. 피보험자가 의학적으로 능력을 상실한 경우, 가족 또는 치료 의료 제공자는 피보험자의 지정없이 대표할 수 있습니다.

외부 검토 제출:

피보험인 또는 위임된 대리인이 외부 검토를 요청하려면 보험과의 웹 사이트 (<https://www.commerce.alaska.gov/web/ins/>)에서 제공되는 "외부 검토 신청서"를 작성하여 작성된 문서들을 알래스카 보험과에 제출해야 합니다. 피보험인이 외부 검토시 비용은 들지 않습니다.

다음 문서들을 제출하십시오:

- 작성완료된, **서명 및 날짜**가 기입 된 외부 검토 신청서.
- 환자의 보험 카드 앞면과 뒷면의 사본, 또는 환자가 재심청구에서 지명된 보험 회사의 피보험자임을 증명하는 다른 증거.
- 회사의 내부 재심청구 절차의 최종 단계에서 요청된 치료 또는 서비스를 거부하는 보험 회사의 편지나 보험혜택 진술서 사본.
- 치료 관리 제공 의료인으로부터의 의료 기록, 진술 또는 검토 기관이 검토시 고려해야 할 기타 정보.
- 신속한 외부 재심청구를 요청하는 경우 "의료제공자의 인증 양식"을 포함하십시오.

신청 절차나 위에 열거된 문서에 관해 궁금한 점이 있으시면 1-800-INSURAK 또는 (907) 269-7900으로 보험과에 전화하십시오.

우편 주소:

알래스카 보험과
550 W. 7th Avenue, Suite 1560
앵커리지, 알래스카 99501-3567

신속 외부 검토 지원서는
• (907)269-7910 으로 팩스를 보내거나, or
• 보험과의 우편주소로 오버나잇 메일을 보내십시오.

결정을 받기 위한 표준 외부 검토 프로세스 및 시간 프레임은 무엇입니까?

독립 검토기구 (IRO)가 표준 외부 검토에서 결정을 내리는 데 최대 45 일이 걸릴 수 있습니다.

- 신청서를 받은 후 근무일로 7일 이내에 보험 부서 (부서)는 신청서에 대한 예비 검토를 완료하여 요청이 완료되었는지 여부와 사례의 외부 검토 대상 자격여부를 결정합니다.
 - 요청이 완료되지 않은 경우 보험사는 신청서를 진행하기 위해 필요한 정보 또는 서류를 지원자에게 알립니다. 정해진 기간내에 응답을 하지 않으면 거부가 될 수 있습니다.
- 외부 재심청구 요청이 수락되면 부서는 외부 검토를 수행하기 위해 IRO를 선택하고 지정하며 지원자와 보험사에게 수락 및 양도의 서면 통보를 제공할 것입니다.
- IRO에서 당신의 사례를 맡은 후 근무일로 5일 이내에 보험사는 불리한 결정이라 간주되는 모든 정보의 사본을 IRO에 제공해야 합니다.
- 원할 경우, 신청자는 IRO부터 사례 배정 통보를 받은 후 근무일로 5일 이내에 IRO에 추가 정보를 제출할 수 있습니다.
- IRO는 선택된 독립 검토기관에 사건이 지정된 날로부터 45 일째 날까지 신청인, 보험사 및 결정 부서에 보험자의 결정에 대한 지지 또는 반대 결정을 서면 통지서로 제공해야 합니다.

신속한 외부 검토란 무엇입니까?

표준 외부 검토 프로세스는 IRO 검토를 위해 최대 45 일을 허용하지만 신속한 외부 검토는 72 시간 이내에 완료되어야 합니다. 신속한 외부 검토는 기다림에 의해 상당히 피해를 입을 사람들이 이용 가능합니다. 신청자는 외부 검토 신청서의 해당 사항을 체크하고 의료치료 제공자가 자신의 의견인 표준 검토를 위한 기간은 환자의 생명이나 건강을 위협하거나 환자가 회복할 수 있는 능력을 위태롭게 할 수 있다고 증언하는 의료제공자의 인증 양식을 제출함으로써 신속한 검토를 요청할 수 있습니다.

신청자가 보험 회사에 내부 재심청구를 추구하거나 신속한 외부 검토를 요청할 경우 800-INSURAK로 전화하셔서 소비자 서비스 전문가와 상담하십시오. 그러면 가능한 한 빨리 신속한 요청을 접수하여 진행할 수 있는 편의가 제공될 수 있습니다.

참고: 환자는 신속 외부 검토와 보험사의 신속 내부 재심청구 프로세스를 동시에 요청할 권리가 있습니다.

독립 검토기관이 신속한 결정을 내릴 때 어떤 일이 발생합니까?

- 재심청구가 신속한 외부 검토인 경우, 대부분의 경우 신청자와 보험 회사는 IRO의 결정을 전화나 팩스로 즉시 통보 받을 것입니다. 전화로 통지를 받는 경우, 서면 통지가 48 시간 이내에 보내집니다.
- 재심청구가 표준 외부 검토인 경우, 신청자와 보험자는 서면으로 통보를 받게 됩니다.
- IRO의 결정은 보험사에 구속력이 있으며 보험과가 집행합니다. 이 결정은 또한 환자가 연방법이나 주법에 의거하여 법원을 통해 다른 법적 구제방법을 찾는 것을 금지하지 않는다는 것을 제외하고는 환자에 구속력이 있습니다.



알래스카 주
보험과

550 W. 7th Avenue, Suite 1560
앵커리지, 알래스카 99501-3567
Insurance.alaska.gov

2018년 5월



STATE OF ALASKA

DIVISION OF INSURANCE

활용도 검토, 고충 처리절차, 그리고 외부 검토 규정 자주 묻는 질문들

참고: 이 문서는 일반적인 지침을 제공하기 위해 작성되었습니다. 적용 가능한 알래스카 규정 3 AAC 28.900 - 3 AAC 28.989에 명시된 모든 세부 요구 사항들을 포함하지는 않습니다.

일반적인 질문들

1. 활용도 검토, 내부 검토 / 고충 처리절차 및 외부 검토 규정의 일반적인 목적은 무엇입니까?
 - 이 규정은 다음과 관련된 건강 보험 회사의 국가 보험 감독관 협회 (NAIC)를 통해 개발된 국가 표준을 충족시키기 위해 소비자 보호를 위한 절차 요구사항을 수립합니다.
 - **활용도 검토 및 혜택 결정 (3 AAC 28.900 - 3 AAC 28.918)**
 - **내부 검토 / 고충 처리절차 (3 AAC 28.930 - 3 AAC 28.938)**
 - **외부 검토 (3 AAC 28.950 - 3 AAC 28.982)**
 - **일반 조항 (3 AAC 28.989)**
2. 내부 및 외부 검토 과정에서 누가 피보험자를 대변할 수 있습니까?
 - 피보험자는 자신 또는 "위임받은 대리인"이 대변할 수 있는데, "위임받은 대리인"은 가족 구성원, 담당 의사, 또는 기타 확인된 대표자가 될 수 있습니다.
3. 고충 / 내부 검토 또는 외부 검토를 요청하는데 수수료가 있습니까?
 - 아니요. 보험 회사가 비용을 지불해야 합니다.
4. 내부 또는 외부 검토를 제출하는 마감 기한은 어떻게 됩니까?
 - 검토를 지연하는 것이 권장되지는 않지만, 피보험자는 초기 불리한 결정의 날짜로부터 180일 이내에 검토를 위해 제출할 수 있습니다. 보험사가 최종 불리한 결정 통지서를 발급한 경우 피보험자는 180일 이내에 외부 검토를 신청할 수 있습니다. 피보험인이 수용 가능한 참작할 만한 상황을 제공할 수 있다면 기한이 연장될 수 있습니다.
5. 건강보험사가 혜택 보상범위 결정에 대해 피보험자에게 통보하도록 하는 특정 요구사항이 있습니까?
 - 예. 통보는 보건 및 의학에 대한 평균 지식을 가진 사람이 이해할 수 있도록 작성되어야 하며, 규정에는 몇 가지 다른 특정 요구사항이 있습니다.

6. 의료 보험 회사는 영어 이외의 언어로 통보해야 합니까?

- 인정된 지역에 거주하는 인구의 10 % 이상이 영어가 아닌 언어만 사용하는 경우 보험사는 영어와 해당 언어로 된 통보를 해야 합니다. 알래스카에서는 다음 두 지역이 이 기준을 충족합니다:
 - 알류산 동부 자치구 - 11 % 스페인어; 22 % 타갈로그어
 - 알류산 서부 자치구 - 12 % 타갈로그어

7. 왜 변화가 필요합니까?

- 이 변화는 알래스카 보험과가 의료보험 소비자를 보호하고 국가표준을 준수하도록 하도록 권한을 향상시킵니다.

활용도 검토 관련 질문

8. “활용도 검토”란 무엇입니까?

- 간단히 말해, 보험회사가 특정 지침을 사용하여 건강보험 보상범위 결정을 내리는 방법입니다.

9. 나의 건강 보험 회사는 문서화된 활용도 검토 절차가 있어야 합니까?

- 예. 보험 회사는 의료 필요성, 보건 진료 수준, 진료 수준, 적합성 또는 진료 서비스 또는 진료의 효과성에 대한 확립된 지침에 근거한 활용도 검토 절차를 작성하여 보험 청구가 보험 적용 대상인지 여부를 결정해야 합니다. 여기에는 의료 전문가가 보험 청구를 평가해서 치료의 유형이나 치료 기간이 의학적으로 필요한지 여부를 결정하는 사전 승인 절차가 포함될 수 있습니다. 문서화된 절차에는 데이터 출처, 임상 검토 기준, 데이터 수집 프로세스 및 기타 정보와 같은 항목이 포함되어야 합니다.

10. 의료 보험 회사가 왜 활용도 검토에 참여합니까?

- 치료 전, 치료 중, 또는 치료 후에 발생할 수 있는 활용도 검토는 비용을 통제하고 보험 계약에 따라 적절한 보상을 하도록 설계되었습니다.

11. 표준 이용도 검토 과정은 어느 정도 기간이 소요됩니까?

- 치료 전에 수행되는 예상 이용도 검토는, 피보험자에게 통보한 후 근무일수로 5일 연장하지 않는 한, **근무일수로 5일** 이내에 완료되어야 합니다.
- 고객이 치료를 받은 후 수행되는 사후 이용도 검토는 보험 청구 접수로부터 **근무일수로 30일** 이내에 끝나지만, 보험사가 통제할 수 없는 상황이 생겼을 때 피보험자에게 통보 후 근무일수로 15일 동안 연장될 수 있습니다.
- 인증된 치료 중에 수행되는 이용도 검토는 피보험자가 혜택 축소 전에 불만을 제기하고 그 결정을 받도록 혜택 축소에 앞서 충분히 미리 완료되어야 합니다.

알래스카 보험과

활용도, 내부 및 외부 검토 규정 - 소비자들이 자주 묻는 질문들

12. 피보험자의 이용도 검토 요청이 불완전한 경우, 의료 보험 회사는 그 요청을 거절할 수 있습니까?
- 반드시 그런 것은 아닙니다. 피보험자가 치료 전 또는 치료 후 이용도 결정에 충분한 정보를 제공하지 않은 경우, 보험 회사는 이전 항목에서 언급된 결정 일정을 연장 할 수 있지만, 최초 검토기간 동안 피보험인에게 이 문제를 통보해야 하며, 피보험자가 추가 정보를 제공하도록 45일을 허용해야 합니다. 만약 피보험자가 응답하지 않으면 의료 보험 회사는 불리한 결정을 내릴 수 있습니다.
13. 긴급 치료를 위한 신속 이용도 검토를 위한 타임 라인은 어떻게 됩니까?
- 피보험자의 생명, 건강 또는 최대한의 기능을 회복할 수 있는 능력이 심각하게 위태로워질 때나 건강 관리 전문가가 극심한 통증을 관리하는 데 요청된 치료가 필요하다고 판단하는 경우, 보험 회사는 **24 시간** 이내에 결정을 내립니다.
14. 의료 보험 회사는 피보험자에게 혜택 거부를 통보해야 합니까?
- 예. 통지서는 평범한 언어로 작성되어야 하며 관련 의료법, 적용 가능한 건강 보험 조항, 과학적 또는 임상적 판단, 항소권, 그리고 결정에 따른 다른 정보가 설명되어 있어야 합니다.
15. 건강 보험 회사가 보험 적용을 거부할 때 피보험자에게 부여되는 권리는 무엇입니까?
- 피보험자는 쉽게 이해할 수 있도록 쓰여진 평범한 언어로 된 통보를 받을 권리가 있으며, 여기에는 결정의 근거, 해당 정책 조항, 의료법에 대한 설명 및 결정에 도달하기 위해 사용된 모든 문서가 포함됩니다.
 - 피보험자는 내부 검토를 요청하기 위해 이의 제기를 제출할 수 있으며, 경우에 따라 내부 검토 절차를 거치고 외부 검토를 위해 과일을 제출할 수도 있습니다.
 - 보험 적용을 거부할 때, 보험 회사는 독립적인 외부 검토를 요청하거나, 보험과에 연락하여 도움을 요청하거나, 내부 검토를 위한 보험사의 고충 처리 절차 완료시 상급 법원에 민사 소송을 제출할 수 있는 권리에 대한 설명을 제공해야 합니다.

고충/내부 검토 관련 질문

15. 고충/내부 검토 과정이란 무엇입니까?

- 건강 보험사는 피보험자가 보험사의 최초 보험적용 결정에 대한 내부 검토를 요청할 수 있는 고충 처리 절차가 있어야 합니다. 이 프로세스에는 최초 보험적용 결정의 변경을 지원하기 위해 의료 제공자로부터의 의견이나 설명과 같은 추가 정보를 보험 회사에 제공하는 피보험자가 포함될 수 있습니다. 피보험자와 의료 보험사 간의 계약상의 관계에 관한 것과 같은 다른 문제에 대한 이의제기가 제출될 수도 있지만, 이러한 문제는 외부 검토 절차의 대상이 되지 않을 수 있습니다.

알래스카 보험과

활용도, 내부 및 외부 검토 규정 - 소비자들이 자주 묻는 질문들

16. 고충 처리신청이나 내부 검토 요청을 제출할 수 있는 사람은 누구입니까?

- 피보험자 또는 위임받은 대리인(가족, 의사, 변호사 등)이 요청서를 제출 할 수 있습니다.

17. 피보험자는 내부 검토에 참석할 권리가 있습니까?

- 아니요. 피보험자는 의견, 문서 및 기타 자료를 제출하고 건강 보험 보상범위에 관련된 모든 문서, 기록 및 기타 정보에 대한 합리적인 접근 및 사본을 받을 권리가 있습니다.

18. 내부 검토에서 누가 결정을 내립니까?

- 보험 회사가 결정을 내리지만, 의료적 필요성과 같은 문제에 대한 평가는 일상적으로 의료서비스를 제공하는 동일하거나 유사한 전문 분야의 임상 동료에 의한 검토를 기반으로 해야 합니다. 임상 동료 평가자는 처음에 보험 보상 청구를 거부하겠다는 결정을 내린 사람이 될 수 없습니다.

19. 표준 내부 검토 프로세스는 얼마나 오래 걸립니까?

- 보험 회사는 치료 전 또는 치료 후 결정을 내리기 위해 최대 30 일 이내의 합리적인 기간 내에 결정을 내릴 것으로 기대됩니다.

20. 특정 상황에서 피보험자가 더 빠른 검토 프로세스로 이동할 수 있습니까?

- 예. 예를 들어, 어떤 의학적 상태로 인해, 표준 내부 및 외부 검토 과정을 기다리는 것이 (1) 피보험자의 생명이나 건강을 심각하게 위협하거나 (2) 피보험자가 최대의 기능을 회복 할 수 있는 능력을 위태롭게 한다면, 피보험자는 소모적인 내부 검토 프로세스 없이 신속 검토를 요청할 수 있다.

21. 긴급 치료 요청에 대한 신속 내부 검토는 시간이 얼마나 걸립니까?

- 건강 보험 회사는 **72 시간** 이내에 결정을 내립니다.

22. 건강 보험 회사가 내부 검토 단계에서 보험 청구를 거부하면, 이를 "최종 불리한 결정"이라고 합니다. 보험사는 피보험자에게 평이한 언어로 최종 불리한 결정을 통보해야 하는데, 여기에는 결정의 근거, 해당 정책 조항, 의료법에 대한 설명, 그리고 결정에 도달하기 위해 사용된 모든 문서가 포함됩니다. 통보에는 피보험자의 독립적인 외부 검토를 요청하거나 보험과에 도움을 요청하거나 상급 법원에서 민사 소송을 제기할 권리가 포함되어야 합니다.

외부 검토 관련 질문

23. 외부 검토란 무엇입니까?

- 외부 검토 프로세스를 통해 피보험자가 의료 보험사의 최종 불리한 결정에 이의를 제기 할 수 있습니다. 이 프로세스에는 보험사의 최종 불리한 결정 또는 혜택 거부와 관련

하여 보험과에서 승인한 제삼자, 또는 독립 검토 기관(IRO)으로 알려진 국가 공인 제삼자의 분석 및 결정이 포함됩니다. 알래스카 보험과는 보험 회사의 불리한 결정에 대해 독립적이며 공정한 평가를 제공하기 위해 순환식으로 IRO를 지정할 책임이 있습니다.

24. 언제 외부 검토를 요청할 수 있습니까?

- 일반적으로 외부 검토 요청은 최종 불리한 결정의 180 일 이내에 이루어져야 한다.
- 제한된 경우를 제외하고 피보험자는 외부 검토 절차가 허용되기 전에 보험사의 내부 검토 / 고충 처리 절차를 마쳐야 하며 의료 보험사로부터 최종 결정을 받아야 합니다.
- 의료 보험사가 내부 검토를 위한, 타임 라인을 포함한, 규정상의 요구사항을 충족시키지 못하면, 피보험자가 내부 검토 프로세스를 거치지 않고 외부 검토를 요청할 수 있습니다. 의료 보험 회사는 피보험자가 내부 검토 절차를 거쳐야 하는 의무를 면제해줄 수 있습니다.
- 외부 검토 요청은 의학적 필요성, 적합성, 건강 관리 환경, 보살핌 수준 또는 건강 관리 서비스 또는 치료의 효과로 인한 건강 보험사의 보험 보상 거부를 근거로 이루어져야 합니다.

25. 피보험자는 외부 검토를 위해 의료 기록의 공개를 허가해야 합니까?

- 예.

26. 외부 검토 과정은 얼마나 걸립니까?

- IRO는 표준 외부 검토 결정을 내리는데 최대 45 일이 걸리며, 신속 외부 검토 결정을 내리는 데는 최대 72 시간이 걸립니다. 그러나 IRO는 가능한 빨리 결정을 내릴 것으로 예상됩니다.

27. IRO의 결정에 따라 보험 회사 결정이 번복되면 어떻게 됩니까?

- 보험 회사는 IRO의 결정을 준수하고 즉시 보험 적용을 승인해야 합니다.

28. 피보험자는 언제 신속 외부 검토를 요청할 수 있습니까?

- 피보험자의 생명, 건강, 또는 최대한의 기능을 회복할 수 있는 능력이 불리한 판단에 의해 위태로워지거나, 피보험자의 응급 치료 또는 시설의 지속적인 건강 관리 서비스가 위태로워지면, 해당 피보험자는 신속한 외부 검토를 받을 수 있습니다. 신속 외부 검토는 다가오는 또는 현재 진행중인 치료를 위해 예약되었으며 과거의 의료 서비스 또는 치료와 관련된 문제를 해결할 수 없습니다.

- 또한, 보험 적용 거부가 실험적이거나 시험용인 치료에 관한 것이고 그 치료가 신속하게 시술되지 않을 경우 훨씬 덜 효과적일 것이라고 담당 의사가 서면으로 증언하는 경우에 신속한 외부 검토를 신청할 수 있습니다.

28. IRO는 구두로 결정을 내릴 수 있습니까?

- 그렇습니다. 그러나 구두로 된 결정에 대한 서면 확인서가 48 시간 이내에 발급되어야 합니다.

29. IRO 결정에 동의하지 않으면 어떻게 됩니까?

- 외부 검토 결정은, 피보험자 또는 보험사가 해당 연방 또는 주법에 따라 다른 법적 구제수단이 있는 경우를 제외하고는, 피보험자 및 보험사에 구속력이 있습니다. 변호사와 법적 옵션을 상의하고 싶을 수 있습니다.

다른 일반적인 고려사항

30. 외부 검토의 대상이 아닌 불만 사항은 무엇입니까?

- 외부 검토 프로세스는 의학적 필요성, 적합성, 건강 관리 환경, 보살핌 수준 또는 건강 관리 서비스 또는 치료의 효과성에 근거한 불리한 결정에 대한 불만 사항을 해결하기 위해 고안되었습니다. 보험사가 피보험자의 공제액 또는 공동부담금 금액을 적절하게 적용했는지 또는 보험사가 피부양인의 적법성 자격 상태를 적절하게 결정했는지와 같은 계약상의 분쟁을 해결하기 위해 고안된 것은 아닙니다.

31. 알래스카 보험과는 피보험자에게 외부 검토 기준에 해당되지 되지 않는 문제를 도울 것입니까?

- 예. 소비자 서비스 섹션에서는 보험사가 소비자 보호법을 준수하는지 확인하기 위해 알래스카에 다양한 보험 문제에 대한 지원을 제공합니다. 외부 검토 요청이 규정의 범위를 벗어나는 경우 이 문제는 그럼에도 불구하고 불만으로 평가될 수 있습니다.