



Division of Insurance

Email: Insurance@Alaska.Gov

Website: Insurance.Alaska.Gov

Tel: 907.465.2515 • Fax: 907.465.3422

Juneau Physical Address:
State Office Building, 9th Floor
333 Willoughby Avenue
Juneau, AK 99811

Juneau Mailing Address:
Division of Insurance
PO Box 110805
Juneau, AK 99811

Anchorage Office:
Consumer Services Section
(Physical and Mailing Address)
Division of Insurance
550 W 7th Avenue, Suite 1560
Anchorage, AK 99501
Tel: 907.269.7900
Fax: 907.269.7910

"Regulate the insurance industry
to protect Alaskan consumers."

Руководство по Независимой Проверке для потребителя

Ознакомьтесь с вашими правами и регламентом независимой проверки по отказам оплаты страховкой медицинских услуг или лечения.

Что такое независимая проверка?

Закон Аляски даёт право лицам, застрахованным страховыми программами всеобъемлющего, только медицинского или только зубного назначения, на экспертную проверку и оценку обоснованности отказа страховой компании от оплаты конкретной заявки, услуги или лечения независимой контролирующей организацией (IRO), аккредитованной на государственном уровне и не имеющей отношения к вашей страховой компании. Такой тип проверки допустим, когда страховая оплата рекомендуемой вам услуги или лечения была отклонена на основании того, что она не соответствует требованиям страховщика о медицинской необходимости, целесообразности, местонахождении медицинского учреждения, а также уровне услуги или эффективности лечения. Независимая проверка также возможна, когда страховщик отклоняет медицинские услуги или лечение, считающиеся экспериментальными или следственными.

Каковы квалификационные требования для подачи заявления на Независимую проверку?

В целях соответствия критериям независимой проверки, должны быть соблюдены следующие условия:

- *Застрахованный должен иметь полноценный страховой пакет медицинского или зубного страхования.*
- *Услуга, по поводу которой подаётся запрос на независимую проверку, должна быть а) оплачиваемой льготой по условиям страховой программы или б) лечением, которое может оплачиваться.*
- *Застрахованный должен исчерпать внутренний регламент обжалования (апелляции) страховой компании и получить окончательное заключение от страховой компании в отношении оплачиваемой льготы (или «отрицательное заключение»). Однако, в экстренных ситуациях, когда задержка лечения может серьёзно угрожать жизни, здоровью или возможности застрахованного максимально восстановить функции организма, допустимы исключения из этого требования. Следующие исключения также допускают обход внутреннего регламента обжалования страховщика и обращение напрямую за Независимой проверкой:*
 - **Исключение #1:** Страховщик даёт письменное согласие разрешить страхователю пропустить процедуру внутренней апелляции.
 - **Исключение #2:** Страховщик не исполняет правила внутреннего апелляционного процесса и не выносит своевременное окончательное решение в соответствие с законодательством штата (3 AAC 28.930 - .938).
- *Страхователь (или его полномочный представитель) должен подать запрос на Независимую проверку страховщику или в Отдел страхования в течение 180-ти дней с даты выхода отрицательного заключения страховой компании на оплату запрашиваемого лечения или услуги на последней стадии внутреннего апелляционного процесса компании.*
- *Запрос на Независимую проверку от страхователя не может быть подан в целях предъявления претензии или подозрения на небрежность медперсонала, профессиональную халатность или другие профессиональные нарушения.*

Какие виды страхования исключены из процедуры Независимой проверки?

В целом, Независимая проверка может применяться в отношении зубных и большинства основных услуг общемедицинских страховых программ, предлагаемых страховыми компаниями. Следующие программы медицинского страхования не подлежат Независимой проверке в Отделе страхования штата Аляска:

- Программа «Медикейд» - Medicaid
- Программа «Денали - забота о детях» - Denali Kid Care (Children's Health Insurance Program (CHIP))
- Программа «Медикэр» - Medicare
- Все другие программы медицинского страхования и медицинских услуг, оплачиваемые государством
- Программы медицинского страхования, оплачиваемые работодателями
- Примечание: Большинство самооплачиваемых программ медицинского страхования устанавливают право на независимое обжалование, регулируемое самим работодателем.

Может ли кто-то другой представлять меня в процессе моей Независимой проверки?

Да. Страхователь может назначить другое лицо, включая лечащего медицинского сотрудника, своим уполномоченным представителем. Это назначение обычно оговаривается в бланке запроса на независимую проверку. В случае, если страхователь недееспособен по медицинским причинам, член семьи или лечащий медицинский работник может представлять страхователя без назначения.

Подача заявления на Независимую проверку:

Чтобы запросить независимую проверку, страхователь или его уполномоченный представитель должен заполнить и подать Заявление на независимую проверку (External Review Application Form), доступное на странице Отдела в сети интернет (<https://www.commerce.alaska.gov/web/ins/>), и всю сопровождающую документацию в Отдел страхования штата Аляска. Услуги независимой проверки предоставляются застрахованному лицу бесплатно.

Пожалуйста, предоставьте следующую документацию:

- Заполненное, **подписанное и датированное** Заявление на независимую проверку.
- Копию лицевой и оборотной стороны страховой карты пациента или другое подтверждение страхования пациента страховой компанией, указанной в заявлении.
- Копию письма или уведомления о льготах от страховой компании, отказывающее в оплате лечения или услуги в окончательной стадии внутреннего апелляционного процесса компании.
- Любую медицинскую информацию, предписания лечащих медицинских специалистов и другую информацию, которая, по вашему мнению, должна быть принята во внимание организацией по проверкам.
- Если вы запрашиваете ускоренное независимое рассмотрение, включите форму «Освидетельствования медицинской организации» - (Provider's Certification Form).

Если у вас есть вопросы касающиеся процедуры подачи перечисленных выше документов, обратитесь, пожалуйста, в Отдел страхования по телефону 1-800-INSURAK или (907)269-7900.

Почтовый адрес:

Alaska Division of Insurance 550 W. 7th Avenue, Suite 1560 Anchorage, Alaska 99501-3567

Заявления на ускоренную Независимую проверку

- могут быть отправлены по факсу (907)269-7910, или
- срочной почтой на адрес Отдела

Каковы процедура стандартной независимой проверки и сроки получения решения?

Независимой службой по проверкам, Independent Review Organization (IRO), может потребоваться до 45 дней для принятия решения в соответствии со стандартным регламентом независимой проверки.

- *В течение семи рабочих дней после получения вашего заявления, Отдел страхования (Отдел) завершит предварительное рассмотрение вашего заявления для установления правильности его заполнения и соответствия дела критериям независимой проверки.*
- *Если заявление не полное, страховщик оповестит заявителя об информации и документации, необходимой для обработки заявления. Отсутствие своевременного ответа от страхователя может привести к отказу.*
- *Если заявление на независимую проверку принято, Отдел выберет и назначит IRO для проведения независимой проверки и предоставит письменное уведомление как заявителю, так и страховщику, о принятии дела и назначении.*
- *В течение пяти рабочих дней после назначения вашего дела IRO, страховщик обязан предоставить в IRO копии всей имеющейся у него информации, которая принималась во внимание в принятии отрицательного заключения.*
- *По желанию, заявитель может предоставить дополнительную информацию в IRO в течение пяти рабочих дней после получения уведомления о назначении дела выбранной службе IRO.*
- *К 45-ти-дневному календарному сроку после назначения дела выбранной Независимой службой по проверкам, IRO предоставит письменное уведомление заявителю, страховщику, а также в Отдел о решении оставить без изменения или отозвать заключение страховой компании.*

Что такое Ускоренная независимая проверка?

Тогда как стандартная процедура независимой проверки отводит на рассмотрение IRO до 45-ти календарных дней, ускоренная независимая проверка должна быть закончена в 72-часовой срок. Ускоренный регламент отводится тем лицам, которые бы значительно пострадали из-за обычного периода ожидания решения. Заявитель может запросить ускоренное рассмотрение, отметив соответствующий пункт в бланке «Заявления на независимую проверку» и предоставив форму «Освидетельствования медицинской организации», в которой лечащий врач подтверждает, что, с его/её экспертной точки зрения, соблюдение установленных регламентом временных рамок серьезно навредит жизни и здоровью пациента или представляет угрозу возможности пациента максимально восстановить функции организма.

Если заявитель проходит внутреннюю проверку в страховой компании и ожидает необходимость запроса ускоренной независимой проверки, пожалуйста, позвоните в Отдел по телефону 800-INSURAK, чтобы обсудить со специалистом по работе с потребителями вопрос о предоставлении особых условий для скорейшего получения и обработки заявки на ускоренную проверку.

Примечание: пациент имеет право на подачу заявки об ускоренной проверке одновременно с прохождением ускоренной внутренней апелляционной проверки страховой компании.

Что происходит, когда Независимая служба проверок принимает решение по ускоренному делу?

- *Если заявка требовала ускоренной независимой проверки, в большинстве случаев заявитель и страховщик оповещаются о решении IRO незамедлительно по телефону или факсу. Если оповещение осуществляется звонком, то письменное уведомление должно быть отправлено в течение 48 часов.*
- *О решениях по заявлениям на стандартную независимую проверку заявителю и страховщику сообщается в письменной форме.*
- *Решение IRO обязательно к исполнению страховыми компаниями, что обеспечивается Отделом. Решение также обязательно для пациента, кроме того, что оно не останавливает пациента от судебного преследования в соответствии с федеральным и штатным законодательством.*

Пояснение: Этот документ разработан в целях предоставления общей информации. Он не содержит все детали требований, установленных соответствующими нормативными положениями штата Аляска 3 AAC 28.900 – 3 AAC 28.989

Общие вопросы

1. Какова общая цель правил о проверке на принятие, внутренней проверке/порядке рассмотрения жалоб и независимой проверке?
 - о Положения устанавливают административный регламент защиты прав потребителя, соответствующий общенациональным стандартам и разработанный Национальной ассоциацией страховых инспекторов (NAIC) для компаний по медицинскому страхованию. Это относится к
 - **проверкам на принятие, выносу решения по выплатам (3 AAC 28.900 - 3 AAC 28.918)**
 - **внутренним проверкам/порядку рассмотрения жалоб (3 AAC 28.930 - 3 AAC 28.938)**
 - **независимой проверке (3 AAC 28.950 - 3 AAC 28.982)**
 - **положениям общего характера (3 AAC 28.989)**
2. Кто может представлять застрахованное лицо в ходе дел, связанных с внутренним и независимым рассмотрением жалоб?
 - о Застрахованное лицо имеет право представлять себя или иметь «уполномоченного представителя», который может быть членом семьи, лечащим медицинским работником или другим избранным представителем.
3. Существует ли пошлина за подачу жалобы/запрос внутренней или независимой проверки?
 - о Нет. Страховая компания обязана оплатить расходы.
4. Каковы сроки подачи запроса на внутреннюю или независимую проверку?
 - о Несмотря на то, что задерживать подачу запроса на проверку не рекомендуется, застрахованное лицо имеет право подать такой запрос в течение **180-ти** дней с даты первоначального отказа оплаты расходов на лечение. После того как страховая компания высылает окончательное заключение об отказе, застрахованное лицо имеет право подать запрос на независимую проверку в **180-тидневный** срок. Сроки могут быть продлены, если у застрахованного человека есть на то приемлемые уважительные причины.
5. Существуют ли особые требования для медицинских страховых компаний о предоставлении заключения о выплате застрахованному лицу?
 - о Да. Уведомления должны быть изложены таким образом, чтобы быть понятными человеку со средним знанием системы здравоохранения и медицины. Положения предусматривают ещё несколько особых требований.

6. Обязана ли компания, предоставляющая услуги медицинского страхования, уведомлять клиентов на языках помимо английского?

o Если более 10 процентов населения, проживающего в обозначенной географической зоне, читают только тексты не англоязычного характера, страховщик обязан предоставлять уведомления и на английском, и на другом языке. В штате Аляска, этому нормативу соответствуют два региона:

- Алеутский восточный округ - 11% испанский язык; 22% тагальский язык
- Алеутский западный округ - 12% тагальский язык

7. В чём состоит необходимость изменений?

o Изменения помогают уполномоченным Отдела страхования штата Аляска эффективнее защищать клиентов медицинского страхования и обеспечивать соблюдение государственных стандартов.

Вопросы о проверке на принятие

8. Что такое «проверка на принятие»?

o Если сказать просто, то это метод, включающий в себя особые критерии, которым пользуются страховые компании для принятия решений об оплате медицинских услуг.

9. Обязана ли компания медицинского страхования следовать письменной процедуре проверки на принятие?

o Да. Страховые компании должны иметь письменный порядок действий для проведения проверок на принятие решений о соответствии запроса страховому плану пациента, основанный на установленных положениях о медицинской необходимости, месте оказания медицинской помощи, уровне услуги, целесообразности или эффективности медицинских услуг или терапевтических мероприятий. Установленный порядок может также включать процедуру получения предварительного разрешения, во время которой специалисты-медики рассматривают запрос с целью определения медицинской необходимости вида и срока лечения. Письменный процесс должен включать такие пункты как источники данных, критерий клинической проверки, процесс сбора информации и другие.

10. Почему страховщики медицинских услуг проводят проверку на принятие?

o Проверка на принятие, которая может проводится до, во время или после лечения, разработана в целях ценового контроля и обеспечения приемлемого страхового покрытия в соответствии с контрактом.

11. Сколько длится стандартная процедура проверки на принятие?

o Предварительная проверка на принятие, проводимая до начала лечения, должна быть выполнена **в течение пяти рабочих дней**, за исключением случаев продления этого срока до пяти рабочих дней с даты оповещения застрахованного лица.

o Ретроспективная проверка на принятие, проводимая после получения потребителем медицинской услуги, должна быть выполнена **в течение 30-ти рабочих дней** с даты получения запроса, но может быть продлена на 15 рабочих дней, если задержка вызвана независимыми от страховщика обстоятельствами и с даты оповещения застрахованного лица.

о Проверка на принятие, проводимая одновременно с утверждённым лечением, должна быть выполнена до сокращения в льготах, с тем чтобы застрахованный мог подать жалобу и получить заключение по ней до начала действия сокращения в льготах.

12. Может ли медицинская страховая компания отклонить запрос страхователя, если проверка на принятие по этому запросу не завершена?

о Не обязательно. Если застрахованный не предоставил достаточные сведения для предварительного или ретроспективного заключения о принятии услуги к оплате, то страховая компания может продлить сроки рассмотрения, как это описано в предыдущих пунктах, однако обязана оповестить застрахованного о возникшей проблеме в период первичной проверки и предоставить ему до 45-ти дней на ответную досылку документов. Если застрахованный не отвечает, то страховщик медицинских услуг может принять отрицательное решение.

13. Как насчёт сроков срочной проверки на принятие для неотложного медицинского вмешательства?

о Страховой компании даётся **24 часа** на принятие заключения в случаях серьёзной угрозы жизни, здоровью или возможности максимального восстановления функций организма застрахованного или когда специалист определяет необходимость запрашиваемого лечения для устранения острой боли.

14. Обязана ли компания по страхованию медицинских услуг оповещать застрахованное лицо об отказе?

о Да. Уведомление должно быть написано простым языком и содержать разъяснения используемых медицинских кодов, соответствующих условий страхового плана, научных или клинических обоснований, апелляционных прав и другой информации, в зависимости от характера заключения.

15. Какие права есть у застрахованного лица в случае отказа в оплате медицинской услуги?

о Застрахованный имеет право на получение ясно изложенного уведомления, которое доступно для понимания и содержит основания для отказа, соответствующие условия страхования, разъяснения медицинских кодов и любую другую документацию, на основании которой было сделано заключение.

о Застрахованный имеет право подать жалобу, чтобы запросить проведение внутренней проверки и, в отдельных случаях, может обойти процедуру внутренней проверки и обратиться за проведением независимой экспертной проверки.

о По принятии решения об отказе покрытия услуги, страховая компания обязана предоставить разъяснение прав страхователя на ходатайство о независимой экспертной проверке, контактную информацию Отдела страхования для получения содействия или подачи гражданского иска в Высший суд штата по завершении апелляционного процесса внутренней проверки со страховщиком.

Вопросы об обжаловании/внутренней проверке

15. Что такое порядок обжалования/внутренняя проверка?

о Компании по медицинскому страхованию обязаны предусмотреть порядок обжалования, дающий застрахованному лицу возможность запросить внутреннюю проверку первичного заключения о страховой выплате. Этот процесс может включать в себя необходимость предоставления в страховую компанию страхователем дополнительной информации в поддержку изменения первичного заключения о

покрытии услуги, такой как экспертное мнение или разъяснение лечащего врача. Жалобы могут касаться и других случаев, например договорных взаимоотношений между застрахованным и страховщиком медицинских услуг, но эти вопросы не подлежат административной процедуре независимой проверки.

16. Кто может подать жалобу/запрос на внутреннюю проверку?

o Подать запрос может сам застрахованный или его доверенное лицо (член семьи, врач, адвокат и др.).

17. Может ли застрахованное лицо присутствовать при внутренней проверке?

o Нет. Застрахованный имеет право подать пояснительные комментарии, документы и другие материалы и получить право доступа к документации и копии всех документов, учётных записей и другой информации, касающейся его запроса на оплату медицинской услуги.

18. Кто принимает окончательное решение по внутренней проверке?

o Заключение делает страховая компания, но экспертная оценка по таким вопросам как медицинская необходимость должна быть основана на мнении независимого медицинского эксперта той же или похожей специальности как у врача, обычно предоставляющего эти услуги. Независимым экспертом не может быть тот же человек, который первоначально вынес решение об отказе в оплате услуги.

19. Как долго длится стандартный процесс внутренней проверки?

o Страховая компания обязана вынести заключение о предстоящей или ретроспективной услуге в приемлемый срок, с максимально допустимым периодом **30 дней**.

20. Может ли застрахованное лицо в определённых случаях пройти ускоренный процесс рассмотрения?

o Да. Например, застрахованное лицо может запросить ускоренное рассмотрение не исчерпывающее всех пунктов процесса внутренней проверки в случаях, если по причине состояния здоровья ожидание завершения стандартного процесса внутренней и независимой экспертной проверки (1) ставит под серьёзную угрозу жизнь и здоровье застрахованного или (2) ставит под угрозу возможность максимального восстановления функций организма застрахованного.

21. Каков срок выполнения ускоренной внутренней проверки по запросу об оплате услуг скорой помощи?

o Медицинская страховая компания должна сделать заключение в течение **72-х часов**.

22. Если медицинская страховая компания отказывает в оплате услуги в стадии внутренней проверки, это называется "final adverse determination" – окончательное отрицательное заключение. Страхователь обязан предоставить застрахованному доступно изложенное уведомление об окончательном отрицательном заключении, которое включает в себя основания для принятия такого заключения, соответствующие положения страхового плана, объяснения медицинского кодирования и любую другую документацию, которая была использована в принятии решения. Уведомление должно также содержать разъяснение права страхователя на независимую экспертную проверку, контактную информацию Отдела страхования и права на подачу гражданского иска в Высший суд штата.

Вопросы о независимой экспертной проверке

23. Что такое экспертная проверка?

o Процедура экспертной проверки позволяет застрахованному опротестовать окончательное отрицательное заключение медицинской страховой компании. Этот процесс включает в себя анализ или контрольную проверку окончательного отрицательного заключения

страховщика или отказа в оплате медицинской услуги, выполняемую утверждённой отделом или имеющей государственную аккредитацию независимой стороной, известной как Независимая служба по проверкам - **Independent Review Organization (IRO)**. Отдел страхования штата Аляска ответственен за назначение IRO на основании очередности для обеспечения независимой и беспристрастной оценки отрицательных заключений страховых компаний.

24. Когда может быть подан запрос на независимую проверку?

- o Как правило, запрос на независимую проверку должен быть подан в течение **180-ти дней** с даты принятия окончательного отрицательного заключения.
- o За исключением некоторых случаев, страхователь обязан пройти все внутренние проверочные процедуры страховой компании и получить окончательное заключение от страхователя медицинских услуг прежде чем независимая проверка будет разрешена.
- o Если страховщик медицинских услуг не выполняет регламента по внутренним проверкам, включая сроки исполнения, страхователь может подать заявку на проведение независимой проверки, не завершив процедуру внутренней проверки. Медицинская страховая компания может также снять обязательство с застрахованного лица о завершении внутренней проверки.
- o Запрос на независимую проверку должен быть основан на отказе страховой компании от страховой выплаты по причине медицинской необходимости, целесообразности, местонахождения объекта здравоохранения, уровня услуг или эффективности медицинской услуги или лечения.

25. Должен ли страхователь разрешить выдачу медицинской документации для подачи запроса на проведение независимой проверки?

- o Да.

26. Как долго длится процесс независимой проверки?

- o Организации IRO даётся до **45-ти дней** на принятие стандартного независимого заключения и до **72-х часов** на принятие заключения по ускоренной независимой проверке. Однако, IRO обязан принимать решения в наиболее сжатые сроки по мере возможности.

27. Что будет, если решение IRO противоречит решению страховой компании?

- o Страховая компания обязана исполнить решение IRO и немедленно одобрить медицинскую услугу к оплате.

28. В каких случаях застрахованный может запросить ускоренную независимую проверку?

- o Если жизнь, здоровье или возможность максимально восстановить функции организма страхователя находятся под угрозой по причине отрицательного заключения или если по причине отрицательного заключения под угрозой стоит реанимационное лечение или текущее стационарное лечение пациента, или если страхователь соответствует условиям ускоренной независимой проверки. Независимые проверки в ускоренном режиме предусмотрены только для предстоящего или текущего лечения и не разрешены для использования в целях разрешения споров, касающихся уже полученного медицинского лечения или услуг.

- о Ускоренную независимую проверку можно также запросить в случаях отказа в страховой оплате экспериментального лечения или лечения в следственных целях, а также когда лечащий врач письменно подтверждает, что это лечение будет иметь значительно меньший эффект в случае его задержки.

28. Может ли IRO вынести устное решение?

- о Да, но в течение 48-ми часов должно быть вынесено письменное подтверждение устного решения.

29. Что если я не согласен с решением IRO?

- о Решение по независимой экспертной проверке обязательно к исполнению как для застрахованного лица, так и для страховой компании, за исключением случаев установленных соответствующим федеральным или штатным законодательством, под которые подпадает страхователь или страховщик. Вы можете обсудить юридические пути решения вопроса с адвокатом.

Другие замечания общего характера

30. Какие жалобы не принимаются для независимой проверки?

- о Процесс независимой проверки разработан с целью разрешения жалоб касающихся отрицательного заключения, обоснованного медицинской необходимостью, целесообразностью, местонахождением объекта здравоохранения, уровнем услуг или эффективностью медицинской услуги или лечения. Он не призван разрешать споры о страховом контракте, такие как правильность вычета франшизы страхователя или сумм доплаты, или правильность определения страховщиком соответствие иждивенца этому статусу.

31. Помогает ли Отдел страхования штата Аляска застрахованным лицам в вопросах не касающихся стандартов по независимым проверкам?

- о Да. Отдел работы с потребителями предоставляет помощь жителям Аляски в широком спектре страховых вопросов для обеспечения соблюдения страховщиками законов о защите прав потребителей. В случаях, когда запрос на независимую проверку выходит за правовые рамки, он может быть всё-таки принят на рассмотрение в качестве жалобы.

Практическое руководство для потребителей Аляски по обжалованию отказа оплаты услуги медицинского страхования

Что вы можете сделать?

Потребители имеют право знать, почему страховщик отказал в оплате услуги на основании медицинской необходимости, целесообразности, местонахождении медицинского учреждения, уровня услуги или её эффективности. Отказ в страховой льготе или снижение её суммы известно как **отрицательное заключение по льготе - adverse benefit determination (ABD)**.

Как обжаловать ABD?

Заявка на обжалование ABD должна быть сначала направлена в страховую компанию для прохождения Внутреннего апелляционного процесса - **Internal Appeals**, кроме срочных медицинских случаев (смотрите раздел об Ускоренной апелляции ниже - **Expedited Appeals**). Страховщики обязаны иметь установленный регламент для **Внутренних обжалований** в целях проверки решений и исправления ошибок. Страховщик обязан ответить в течение 30-ти дней с даты получения заявки на внутреннюю проверку. Смотрите инструкции о подаче апелляции в описании вашей страховой программы. Если вопрос не был разрешён с помощью **внутренней апелляции**, то вы можете запросить **независимую проверку** через страховую компанию или связавшись с Отделом по страхованию (смотрите ниже).

Какие медицинские случаи позволяют подать ускоренную апелляцию?

Обжалование отказа в оплате услуги, основанного на медицинской необходимости, будет считаться срочным и завершится в **72-часовой** период, если ваш врач письменно подтвердит наличие одной или более из ситуаций:

- *Решение об от казе в выплат е может серьёзно угрожат ь вашей жизни, здоровью или возможност и восст ановит ь функции организма.*
- *По мнению вашего лечащего врача, вам грозят сильнейшие болевые муки, кот орые невозможно облегчит ь в дост ат очной мере без применения лечения, находящегося в рассмот рении.*
- *Лечение счит ает ся эксперимент альным/следст венным и уст ановлено, чт о оно будет гораздо менее эффект ивным, если не будет начат о как можно скорее.*

Кто ответственен за проведение независимой проверки?

Если ваша заявка принята, то апелляция, включая данные от вашей страховой компании касательно отказа, отправляется в независимую службу проверок - **independent review organization (IRO)**, которая будет проводить проверку и вынесет решение.

Могу ли я воспользоваться этими правами?

Можете, но только если вы застрахованы полноценной страховой программой, **выданной на Аляске**. Эти права применимы не ко во всем программам. Так, они не относятся к услугам «Медикэр», студенческим медицинским программам от университета или страховкам, оплачиваемым работодателями. Отказы в спорах контрактного характера, таких как предварительное утверждение лечения, обычно не являются предметом независимой проверки, но Отдел страхования может помочь в определении соответствия их законам штата Аляска

К кому мне обратиться?

Если у вас есть вопросы об обжаловании ABD или другим медицинским спорам относительно полноценных страховых программ, выданных на Аляске, Вы можете обратиться в наш **Отдел по защите прав потребителей**.

1-800-INSURAK (на Аляске, не в Анкоридже) **1-907-269-7900** (в Анкоридже или за его пределами)

Эл. почта: insurance@alaska.gov