



"Regulate the insurance industry
to protect Alaskan consumers."

STATE OF ALASKA

DEPARTMENT OF COMMERCE, COMMUNITY, AND
ECONOMIC DEVELOPMENT

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

Guía del consumidor **Revisión externa**

Comprender sus derechos y el proceso de revisión independiente de un reclamo de salud o tratamiento médico rechazado.

¿Qué es una revisión externa?

La ley de Alaska otorga a las personas que tienen cobertura total en planes de seguro médico o dental, el derecho a tener una organización de revisión independiente (ORI) acreditada a nivel nacional, que no esté afiliada a la compañía de seguros, revisar y evaluar si la negación del asegurador de un reclamo específico, un servicio o tratamiento solicitado se justifica. Este tipo de revisión está disponible cuando se niega un servicio o tratamiento recomendado sobre la base de que no cumple con los requisitos de la aseguradora por necesidad médica, pertinencia, entorno de atención médica y nivel de atención o eficacia del tratamiento. La revisión externa también está disponible cuando una aseguradora niega servicios médicos o tratamientos considerados experimentales o de investigación.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para la apelación externa?

Para ser elegible para una revisión externa, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- *La persona con cobertura debe tener un plan de seguro médico o dental de cobertura total.*
- *El servicio que es objeto de la solicitud de revisión externa debe ser a) un beneficio cubierto según los términos de la póliza de seguro o b) un tratamiento que puede ser un beneficio cubierto.*
- *La persona con cobertura debe haber agotado el proceso interno de reclamo (apelación) de la compañía de seguros y haber recibido una resolución final de la compañía de seguros con respecto al beneficio cubierto (o "resolución desfavorable"). Sin embargo, existen excepciones a ese requisito para situaciones urgentes, en las que el tratamiento retrasado podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o la capacidad de la persona cubierta para recuperar la función máxima. Las siguientes excepciones también permitirán que una persona con cobertura omita el proceso de apelación interna de la aseguradora y vaya directamente a la Revisión externa:*
 - **Excepción #1:** La aseguradora acepta, por escrito, permitir que la persona cubierta omita el proceso interno de apelaciones.
 - **Excepción #2:** La aseguradora no ha cumplido con las regulaciones para los procesos internos de apelaciones y no ha emitido una determinación final oportuna de acuerdo con las regulaciones de Alaska (3 AAC 28.930 - .938).
- *La persona con cobertura (o representante autorizado) debe presentar la solicitud de revisión externa a la Aseguradora o a la División de Seguros dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que la compañía de seguros proporcione una resolución desfavorable sobre el tratamiento o servicio solicitado a nivel final de la compañía en el proceso interno de apelaciones*
- *La solicitud de revisión externa de la persona con cobertura no se puede presentar con el fin de perseguir un reclamo o denuncia de una negligencia médica del proveedor de servicios médicos, negligencia profesional u otra falta profesional.*

¿Qué tipos de seguro de salud están excluidos de la apelación externa?

En general, la Revisión Externa está disponible para la cobertura dental y la mayoría de las coberturas de seguro de salud médica más importantes ofrecidas por las compañías de seguros. La siguiente cobertura de atención médica no es elegible para revisión externa a través de la División de Seguros de Alaska:

- *Medicaid*
- *Denali Kid Care (Programa de seguro de salud para niños (CHIP por sus siglas en inglés))*
- *Medicare*
- *Todos los demás programas de seguro de salud o servicios de salud patrocinados por el gobierno.*
- *Planes de beneficios de salud que son autofinanciados por el empleador.*
 - *Nota: la mayoría de los planes autofinanciados brindan derechos de apelación externa que son administrados por el empleador.*

¿Puede alguien más representarme en mi proceso de revisión externa?

Sí. Una persona con cobertura puede designar a un individuo, incluido el proveedor de atención médica, como su representante autorizado. Esta denominación se realiza normalmente en el formulario de solicitud de revisión externa. En el caso de que una persona con cobertura esté médicamente incapacitada, un miembro de la familia o el proveedor médico puede representar a la persona con cobertura sin una designación.

Presentación de la Revisión Externa:

Para solicitar una revisión externa, la persona con cobertura o el representante autorizado debe completar y enviar el "Formulario de solicitud de revisión externa", disponible en el sitio web de la división (<https://www.commerce.alaska.gov/web/ins/>) junto con toda documentación de apoyo a la División de Seguros de Alaska. La Revisión Externa no tiene ningún costo para la persona con cobertura.

Por favor envíe la siguiente documentación:

- El Formulario de Solicitud de Revisión Externa completo, **firmado y fechado**.
- Una fotocopia del frente y reverso de la tarjeta de seguro del paciente u otra evidencia de que el paciente está asegurado por la compañía de seguros mencionada en la apelación.
- Una copia de la carta o declaración de beneficios de la compañía de seguros, negando el tratamiento o servicio solicitado a nivel final del proceso de apelaciones internas de la compañía.
- Cualquier registro médico, declaraciones del (de los) proveedor(es) de atención médica u otra información que le gustaría que la organización considere en su revisión.
- Si solicita una apelación externa acelerada, incluya el "Formulario de certificación del proveedor".

Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud o la documentación mencionada anteriormente, llame a la División de Seguros al 1-800-INSURAK o al (907)269-7900.

Dirección postal:

División de Seguros de Alaska
550 W. 7th Avenue, Suite 1560
Anchorage, Alaska 99501-3567

Solicitudes de Revisión Externa Acelerada

- puede ser enviado por fax a (907)269-7910, o
- puede ser enviado por el servicio postal de entrega al siguiente día durante la noche a la dirección postal.

¿Cuál es el proceso estándar de revisión externa y el plazo para recibir una decisión?

La Organización de Revisión Independiente (ORI) puede demorar hasta 45 días para emitir una decisión en una revisión externa estándar.

- *Dentro de los siete días hábiles después de recibir su formulario de solicitud, la División de Seguros (la División) completará una revisión preliminar de su solicitud para determinar si su solicitud está completa y si el caso es elegible para una revisión externa.*
 - *Si la solicitud no está completa, la aseguradora le informará al solicitante qué información o documentos se necesitan para procesar la solicitud. El no proporcionar una respuesta oportuna podría resultar en una denegación.*
- *Si se acepta la solicitud de apelación externa, la División seleccionará y asignará una ORI para realizar la revisión externa y proporcionará una notificación por escrito de la aceptación y asignación al solicitante y a la aseguradora.*
- *Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la asignación de su caso a una ORI, la aseguradora debe proporcionar a la ORI una copia de toda la información en su poder considerada al tomar la resolución desfavorable.*
- *Si lo desea, el solicitante puede enviar información adicional a la ORI dentro de los cinco días hábiles después de recibir la notificación de que el caso fue asignado a la ORI seleccionada.*
- *La ORI deberá notificar por escrito al solicitante, la aseguradora y a la División de su decisión de confirmar o anular la resolución del asegurador, a más tardar 45 días del calendario después de la fecha en que se asignó el caso a la Organización de Revisión Independiente seleccionada.*

¿Qué es una revisión externa acelerada?

Mientras que el proceso de revisión externa estándar permite hasta 45 días naturales para la revisión de la ORI, una revisión externa acelerada debe completarse en 72 horas. El proceso acelerado está disponible para aquellas personas que se verían perjudicadas significativamente por tener que esperar. El solicitante puede solicitar una revisión acelerada al marcar la casilla correspondiente en el Formulario de Solicitud de Revisión Externa y al proporcionar un Formulario de Certificación de Proveedor, en el cual el proveedor que lo atiende certifique que en su opinión médica el cumplimiento con el plazo para la revisión estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del paciente o pondría en peligro la capacidad del paciente para recuperar la función máxima.

Si el solicitante está presentando una apelación interna con la aseguradora y anticipa solicitar una revisión externa acelerada, llame a la División al 800-INSURAK para hablar con un especialista en servicios al consumidor, para que se puedan hacer ajustes para recibir y procesar la solicitud acelerada tan rápido como sea posible.

Nota: un paciente tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada simultáneamente con el proceso de apelación interna acelerada de la aseguradora.

¿Qué sucede cuando la Organización de Revisión Independiente toma su decisión acelerada?

- *Si la apelación fue una revisión externa acelerada, en la mayoría de los casos, el solicitante y la aseguradora serán notificados inmediatamente de la decisión de la ORI por teléfono o fax. Si se notifica por teléfono, una notificación por escrito debe presentarse a continuación dentro de las siguientes 48 horas.*
- *Si la apelación fue una revisión externa estándar, el solicitante y la aseguradora serán notificados por escrito.*
- *La decisión de la ORI es obligatoria para el asegurador y es ejecutable por la División. La decisión también es obligatoria para el paciente, excepto que no impide que el paciente busque otros recursos en los tribunales de conformidad con las leyes federales o estatales.*

Nota: Este documento fue diseñado para proveer información general. No cubre todos los detalles de los requerimientos establecidos bajo las regulaciones aplicables de Alaska en 3 AAC 28.900 - 3 AAC 28.989

Preguntas Generales

1. ¿Cuál es el propósito general para la revisión de uso, revisión interna/procedimiento de reclamos, y la revisión de regulaciones externas?

○ Las regulaciones establecen requisitos de procedimiento para que la protección del consumidor cumpla con las normas nacionales desarrolladas a través de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) para compañías de seguros de salud relacionadas con:

- **Revisiones de uso/resolución de beneficios (3 AAC 28.900 - 3 AAC 28.918)**
- **Revisión interna/Procedimiento de quejas (3 AAC 28.930 - 3 AAC 28.938)**
- **Revisiones externas (3 AAC 28.950 - 3 AAC 28.982)**
- **Disposiciones generales (3 AAC 28.989)**

2. ¿Quién puede representar a una persona con cobertura en los procesos de revisión interna y externa?

○ Una persona con cobertura puede representarse a sí mismo o por un “representante autorizado”, quien podría ser un miembro de su familia, un profesional de atención médica u otro representante identificado.

3. ¿Hay algún cargo por solicitar un reclamo/revisión interna o una revisión externa?

○ No. La compañía de seguros está obligada a pagar los costos.

4. ¿Cuál es la fecha límite para presentar una revisión interna o externa?

○ Aunque no se recomienda demorar la presentación de un reclamo, una persona con cobertura tiene hasta 180 días desde la fecha de una resolución desfavorable inicial para solicitar una revisión. Una vez que la aseguradora ha emitido el aviso de resolución desfavorable final, la persona con cobertura tiene hasta 180 días para solicitar una revisión externa. Los plazos pueden extenderse si la persona con cobertura puede proporcionar circunstancias atenuantes aceptables.

5. ¿Existen requisitos específicos para que una aseguradora de atención médica proporcione un aviso a una persona con cobertura sobre las determinaciones de cobertura de beneficios?

○ Sí. Los avisos deben ser establecidos de una manera adecuada para ser entendido por una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina y existen otros varios requisitos específicos en la regulación.

6. ¿Se le requiere a la aseguradora de atención médica que proporcione los avisos en otros idiomas además del inglés?

○ Cuando más del 10 por ciento de la población que reside en un área geográfica específica, sólo sabe leer y escribir en un idioma diferente al inglés, la aseguradora debe proporcionar los avisos tanto en inglés como en el otro idioma. En Alaska, las siguientes dos regiones cumplen con esta regla:

- Aleutianas, Municipio Este - 11% Español; 22% Tagalo
- Aleutianas, Municipio Oeste - 12% Tagalo

7. ¿Por qué es necesario un cambio?

o Los cambios proporcionan mejoras a la División de Seguros de Alaska para proteger a los consumidores de seguros de salud y garantizar el cumplimiento de las normas nacionales.

Preguntas de la Revisión de Uso

8. ¿Qué es una Revisión de Uso?

o Puesto de manera simple, es una forma en que las aseguradoras toman determinaciones de la cobertura de beneficios de atención médica utilizando pautas específicas.

9. ¿Se requiere que mi compañía de seguros de salud tenga procedimientos escritos de revisión de uso?

o Sí. Las compañías de seguros deben tener procedimientos escritos para las revisiones de uso basadas en las pautas establecidas por necesidad médica, el entorno de atención médica, el nivel de atención, la pertinencia o la efectividad de los servicios o tratamientos de atención médica para determinar si el plan cubre los reclamos. Esto puede incluir procedimientos de autorización previa en los que los profesionales médicos evalúan una reclamación para determinar si un tipo o la duración del tratamiento es médicamente necesario. Los procedimientos escritos deben incluir elementos como fuentes de datos, criterios de revisión clínica, procesos de recopilación de datos y otra información.

10. ¿Por qué se involucran los aseguradores de atención médica en la revisión de uso?

o La revisión del uso, que puede ocurrir antes, durante o después del tratamiento, está diseñada para ayudar a controlar los costos y asegurar una cobertura adecuada bajo el contrato de seguro.

11. ¿Cuánto dura el proceso de revisión de uso estándar?

o Las revisiones de uso futuro realizadas antes del tratamiento **vencen dentro de un periodo de cinco días hábiles**, a menos que se extiendan, otros cinco días hábiles, previo aviso a la persona cubierta.

o Una revisión de uso en retrospectiva que sea realizada después de que un cliente haya recibido tratamiento médico debe realizarse dentro de los **30 días hábiles** posteriores a la recepción del reclamo, pero puede extenderse por 15 días hábiles cuando sea causada por circunstancias fuera del control de la aseguradora y mediante notificación a la persona cubierta.

o Las revisiones de uso realizadas durante el tratamiento autorizado se deben entregar con suficiente anticipación a una reducción de beneficios para que la persona cubierta presente un reclamo y recibir una resolución antes de la reducción del beneficio.

12. Si la solicitud de revisión de uso de una persona con cobertura está incompleta, ¿puede la aseguradora de atención médica negar la solicitud?

o No necesariamente. Si una persona con cobertura no proporcionó suficiente información para una resolución de uso en prospectiva o retrospectiva, la compañía de seguros puede extender el plazo de resolución hasta 45 días como se menciona en las viñetas anteriores, pero debe notificar el problema a la persona con cobertura durante el período de revisión inicial y permitir que la persona con cobertura responda con información adicional. Si la persona con cobertura no responde, la aseguradora de atención médica podría emitir una resolución desfavorable.

13. ¿Qué pasa con los plazos para una revisión de uso acelerada para atención de urgencia?

o Una compañía de seguros tiene **24 horas** para realizar determinaciones cuándo la vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima de una persona con cobertura pudieran estar en serio riesgo o cuando un profesional de la salud determina que el tratamiento solicitado es necesario para controlar el dolor intenso.

14. ¿La compañía de seguros de atención médica está obligada a notificar a la persona con cobertura en caso de que los beneficios sean negados?

o Sí. El aviso debe estar en un lenguaje sencillo y debe contener explicaciones de los códigos médicos involucrados, las disposiciones aplicables del plan de salud, los juicios científicos o clínicos, los derechos de apelación y otra información según la resolución.

15. ¿Qué derechos tiene una persona con cobertura cuando una compañía de seguros de atención médica niega la cobertura?

o Una persona con cobertura tiene derecho a recibir un aviso en lenguaje sencillo diseñado para ser comprendido fácilmente, que incluya las bases para la resolución, los términos de la política aplicable, las explicaciones de los códigos médicos y cualquier documentación utilizada para llegar a la resolución.

o Una persona con cobertura puede presentar un reclamo para solicitar una revisión interna y, en algunos casos, podrá pasar por alto los procedimientos de revisión interna y solicitar una revisión externa.

o Al negar la cobertura, una compañía de seguros debe proporcionar una explicación de los derechos de la persona para solicitar una revisión externa independiente, contactar a la División de Seguros para solicitar asistencia o presentar una demanda civil en un tribunal superior, una vez concluidos los procedimientos de reclamo para una revisión interna de la aseguradora.

Reclamos / Preguntas de Revisión Interna.

15. ¿Qué es un proceso de reclamo / revisión interna?

o Se requiere a las aseguradoras de atención médica que tengan procesos de reclamos para permitir que una persona con cobertura tenga la oportunidad de solicitar una revisión interna de la resolución de cobertura de beneficios inicial de la aseguradora. Este proceso puede incluir que la persona con cobertura proporcione información adicional a la compañía de seguros, como una opinión o explicación del proveedor médico, para respaldar el cambio de la resolución de cobertura inicial. Los reclamos también se pueden presentar para otros asuntos, como los correspondientes con la relación contractual entre la persona con cobertura y el asegurador de atención médica; pero estos problemas podrían no estar sujetos a procesos de revisión externa.

16. ¿Quién puede presentar un reclamo / solicitud de revisión interna?

o La persona con cobertura o su representante autorizado puede presentar la solicitud (un miembro de la familia, médico, abogado, etc.).

17. ¿Una persona con cobertura tiene derecho a asistir a la revisión interna?

o No. La persona con cobertura tiene el derecho de enviar comentarios, documentación y otros materiales, de recibir acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a la solicitud de cobertura de atención médica de la persona.

18. ¿Quién toma la decisión en una revisión interna?

o La compañía de seguros toma la decisión, pero las evaluaciones para problemas como la necesidad médica deben basarse en una revisión por parte de un experto clínico, un colega de la misma especialidad o de una especialidad similar que generalmente brindaría los servicios. El experto clínico no puede ser la misma persona que tomó la decisión inicial de rechazar el reclamo.

19. ¿Cuánto dura un proceso estándar de revisión interna?

o Se requiere que una compañía de seguros tome una resolución en un período razonable, con un máximo de hasta **30 días** para emitir una resolución prospectiva o retrospectiva.

20. ¿Puede una persona con cobertura acelerar un proceso de revisión bajo ciertas circunstancias?

o Sí. Por ejemplo, una persona con cobertura puede solicitar una revisión acelerada sin agotar el proceso de revisión interna si, debido a una condición médica, esperar un proceso de revisión interno y externo estándar: (1) pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona con cobertura o (2) pondría en peligro la capacidad de la persona con cobertura para recuperar la función máxima.

21. ¿Cuál es el tiempo esperado para una revisión interna acelerada de una solicitud de atención de urgencia?

o Una compañía de seguros de salud tiene **72 horas** para tomar una decisión.

22. Si la compañía de seguros de atención médica niega la cobertura del reclamo en la etapa de revisión interna, se conoce como "resolución desfavorable definitiva". Se requiere que la aseguradora proporcione un aviso en lenguaje sencillo y una resolución desfavorable definitiva a la persona con cobertura que incluya la base para la resolución, los términos aplicables de la póliza, las explicaciones de los códigos médicos y cualquier documentación utilizada para llegar a la resolución. La notificación también debe incluir el derecho de la persona con cobertura a solicitar una revisión externa independiente, comunicarse con la División de Seguros para obtener asistencia o presentar una acción civil en un tribunal superior.

Preguntas de Revisión Externa.

23. ¿Qué es una revisión externa?

o El proceso de revisión externa permite que una persona con cobertura desafíe la resolución desfavorable definitiva de una aseguradora de atención médica. El proceso implica un análisis y resolución por parte de una división aprobada o acreditada a nivel nacional, conocida como **Organización de Revisión Independiente (ORI)**, con respecto a la resolución desfavorable definitiva de la aseguradora o la denegación de beneficios. La División de Seguros de Alaska es responsable de asignar una ORI de forma rotativa para proporcionar una evaluación independiente e imparcial de la resolución desfavorable de la compañía de seguros.

24. ¿Cuándo se puede solicitar una revisión externa?

o En general, la solicitud de revisión externa debe realizarse dentro de los **180 días posteriores** a la resolución desfavorable definitiva.

o Excepto en casos limitados, una persona con cobertura debe agotar los procesos internos de revisión / procesos de reclamo de la aseguradora y recibir una resolución final de la aseguradora de atención médica antes de que un proceso de revisión externa sea permitido.

o Si la aseguradora de atención médica no cumple con los requisitos reglamentarios, incluidos los plazos para las revisiones internas, la persona con cobertura puede solicitar una revisión externa sin agotar el proceso de revisión interna. Una aseguradora de atención médica también puede eximir a la persona con cobertura a agotar los procedimientos de revisión interna.

o La solicitud de revisión externa debe basarse en la denegación de cobertura de la aseguradora de atención médica debido a su necesidad médica, pertinencia, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad del servicio o tratamiento médico.

25. ¿Una persona con cobertura debe autorizar la liberación de los registros médicos para realizar una solicitud de revisión externa?

o Si.

26. ¿Cuánto tiempo dura el proceso de revisión externa?

o La ORI tiene hasta **45 días** para emitir una decisión de revisión externa estándar y hasta **72 horas** para emitir una decisión de revisión externa acelerada. Sin embargo, se espera que la ORI emita la decisión lo antes posible.

27. ¿Qué sucede si la decisión de la ORI revierte la decisión de la compañía de seguros?

o La compañía de seguros debe cumplir con la decisión de la ORI y aprobar inmediatamente la cobertura.

28. ¿Cuándo puede una persona con cobertura solicitar una revisión externa acelerada?

o Si la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima de una persona con cobertura están en peligro por la resolución desfavorable, o si el tratamiento de emergencia de la persona con cobertura o los servicios de atención médica en curso en una instalación están en riesgo, la persona con cobertura puede ser elegible para una revisión externa acelerada. Las revisiones externas aceleradas están reservadas para el tratamiento próximo o en curso y no se les permite resolver problemas relacionados con el servicio o tratamiento médico anterior.

o También se puede solicitar una revisión externa acelerada en los casos en que la negación de cobertura sea por un tratamiento experimental o de investigación cuando el médico tratante certifique por escrito que el tratamiento en cuestión sería significativamente menos efectivo si no se iniciara de inmediato.

29. ¿Puede la ORI emitir una decisión verbal?

o Sí, pero una confirmación por escrito debe ser emitida dentro de las siguientes 48 horas.

30. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la ORI?

o Una decisión de revisión externa es obligatoria para la persona con cobertura y el asegurador, excepto en la medida en que la persona con cobertura o el asegurador tengan otras soluciones conforme a las leyes federales o estatales aplicables. Es posible que desee analizar opciones legales con un abogado.

Otras Cuestiones Generales.

31. ¿Qué tipo de quejas no están sujetas a revisión externa?

o El proceso de revisión externa está diseñado para resolver quejas sobre las determinaciones desfavorables basadas en la necesidad médica, la pertinencia, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad del servicio o tratamiento médico. No está diseñado para resolver disputas de naturaleza contractual, tales como, si el asegurador aplicó correctamente los montos deducibles o de copago de una persona con cobertura o si el asegurador determinó correctamente el estado de elegibilidad de los dependientes.

32. ¿Ayudará la División de Seguros de Alaska con problemas que no están sujetos a las normas de revisión externa a una persona con cobertura?

o Sí. La Sección de Servicios al Consumidor brinda asistencia a los habitantes de Alaska en una amplia gama de temas de seguros para garantizar que las aseguradoras cumplan con las leyes de protección al consumidor. En los casos en que una solicitud de revisión externa esté fuera del alcance de las regulaciones, el problema puede ser evaluado como una queja.

Guía práctica de apelación de negación de beneficios de salud para los consumidores de Alaska.

¿Qué puede hacer?

Los consumidores tienen el derecho de saber por qué una aseguradora negó un reclamo basada en la necesidad médica, la pertinencia, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la eficacia. Una denegación o reducción de beneficios se conoce como una resolución desfavorable de beneficios (RDB).

¿Cómo apelo una RDB?

Las apelaciones para una RDB deben enviarse primero a la aseguradora para completar el proceso de apelaciones internas, a menos que exista una urgencia médica (consulte la sección a continuación con respecto a las apelaciones aceleradas). Las aseguradoras deben tener procesos internos de apelación para revisar decisiones y corregir errores. La aseguradora debe responder dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación interna. Consulte los documentos de su plan para obtener instrucciones de apelación. Si el proceso de apelaciones internas no resuelve el problema, puede solicitar una revisión externa a través de su aseguradora o comunicándose con la División de Seguros (*ver más abajo*).

¿Qué situaciones médicas urgentes califican para una apelación acelerada?

Una apelación por la negación de un beneficio basada en la necesidad médica se considerará una apelación acelerada y se debe completar dentro de las 72 horas cuando su médico certifique por escrito que una o más de las siguientes situaciones aplica:

- La decisión de negar la cobertura podría poner en grave peligro su vida, su salud o la capacidad de recuperar sus funciones.
- Si en opinión de su médico, usted sufrirá un dolor intenso que no se puede manejar adecuadamente sin la atención que es objeto de la revisión.
- El tratamiento se considera experimental / de investigación y se determina que el tratamiento será significativamente menos efectivo si no se inicia inmediatamente.

¿Quién es responsable de realizar una revisión externa?

Si su reclamo califica, la apelación, incluidos los registros de su compañía de seguros con respecto a su rechazo, se envían a una Organización de Revisión Independiente (ORI) que llevará a cabo la revisión y tomará la decisión.

¿Estos derechos aplican para mí?

Solo se aplican si está cubierto por un plan de seguro completo emitido en Alaska. Estos derechos no aplican para todas las pólizas, incluidos los suplementos de Medicare, los planes de salud para estudiantes vinculado con una universidad o los planes autofinanciados por el empleador. Las negaciones basadas en cuestiones contractuales, tales como la autorización previa, generalmente no están sujetas a revisión externa, pero la División de Seguros puede brindar asistencia para garantizar el cumplimiento de la ley de Alaska.

¿A quién contacto?

Si tiene alguna pregunta con respecto a la apelación de una RDB u otros asuntos de los beneficios relacionados con los planes de seguro completo de salud emitidos en Alaska, puede comunicarse con el **Departamento de Protección al Consumidor.**

1-800-INSURAK (en Alaska, fuera de Anchorage) 1-907-269-7900 (en Anchorage o fuera Anchorage)

Correo electrónico: insurance@alaska.gov