



Trastornos
endocrinos
poco frecuentes

CONOZCA SUS DERECHOS

*A resource for patients with
Rare Endocrine Disorders.*

 **AIMED ALLIANCE**

COVERAGERIGHTS.ORG



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Un trastorno endocrino es una enfermedad que afecta al sistema endocrino, que es una red de glándulas que producen y liberan varias hormonas. Las hormonas regulan muchas funciones corporales importantes, entre ellas el metabolismo (digestión, circulación sanguínea, temperatura corporal), la función sexual, la reproducción y el estado de ánimo.¹

Un individuo puede presentar un trastorno endocrino cuando sus glándulas endocrinas producen niveles de hormonas más altos o más bajos que el promedio o cuando sus glándulas endocrinas responden incorrectamente a ciertas hormonas.² Los trastornos endocrinos pueden ser causados por un trastorno genético, una enfermedad, una lesión en una glándula endocrina o como resultado de nódulos o tumores en las glándulas.³ Algunos trastornos endocrinos poco frecuentes también pueden ser causados por un procedimiento quirúrgico. Por ejemplo, el hipoparatiroidismo, una afección que causa niveles más bajos de calcio en la sangre, niveles altos de fosfato y niveles bajos de hormona paratiroidea, puede ser causado por una lesión en la glándula paratiroidea durante una cirugía o cuando dicha glándula requiere extirpación.⁴

Algunas afecciones endocrinas, como el síndrome de Cushing y el síndrome de quilomicronemia familiar (FCS, por sus siglas en inglés), afectan a menos de 200 000 personas cada año.⁵ En los

Estados Unidos, las enfermedades o trastornos que afectan a menos de 200 000 personas se consideran "enfermedades raras" en virtud de una ley federal conocida como la Ley de Medicamentos Huérfanos.⁶ Hay una variedad de trastornos endocrinos poco frecuentes. Los síntomas de los trastornos endocrinos poco frecuentes varían ampliamente según la glándula específica que se ve afectada por el trastorno. Los síntomas pueden incluir cansancio y debilidad, cambios de humor, fluctuaciones de peso no deseadas, patrones de crecimiento irregulares o cambios en los niveles de glucosa en sangre o colesterol.⁷

Si usted está experimentando síntomas de un trastorno endocrino poco frecuente, debe hablar de sus síntomas con su proveedor de atención médica. Para ayudar a determinar si usted tiene un trastorno endocrino poco común, los proveedores de atención médica pueden usar análisis de sangre y orina para verificar los niveles hormonales. Los proveedores de atención médica también pueden usar imágenes de diagnóstico para determinar si una glándula tiene un nódulo o tumor.⁸ El tratamiento de los trastornos endocrinos puede ser complicado, ya que un cambio en un nivel hormonal puede causar un desequilibrio en otro.⁹ Las opciones de tratamiento varían entre trastornos. Además, algunos trastornos endocrinos poco frecuentes pueden requerir cirugía o tratamientos a largo plazo para controlar los síntomas.



BARRERAS PARA LA ATENCIÓN

Según los Institutos Nacionales de Salud, hay aproximadamente 7000 enfermedades raras.¹⁰ Las enfermedades raras afectan a uno de cada diez estadounidenses. Si bien las experiencias de cada persona son únicas, en una encuesta realizada en 2019 por la Organización Nacional para los Trastornos Raros (NORD, por sus siglas en inglés) se identificaron aspectos comunes entre las personas con enfermedades poco frecuentes, entre ellos dificultades para obtener un diagnóstico oportuno y preciso y otras barreras para la atención.¹¹

Más de una cuarta parte de los encuestados por NORD informaron haber esperado siete o más años antes de recibir un diagnóstico, y casi el 40 por ciento recibió un diagnóstico erróneo durante su recorrido. Las dificultades para el diagnóstico se atribuyeron, entre otras cosas, a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la limitada especialización médica, los largos tiempos de espera para los especialistas, la insuficiencia de las pruebas, la complejidad diagnóstica a causa de los síntomas compartidos con otras afecciones y la caracterización errónea de los síntomas en pacientes pediátricos como retrasos en el desarrollo. Los retrasos en el diagnóstico pueden tener efectos devastadores en las personas, entre ellos la progresión de la enfermedad y el estrés mental, emocional y financiero.¹²

Además, muchos pacientes experimentan barreras geográficas para la atención. Las personas con afecciones raras a menudo reciben atención de uno o más especialistas. Sin embargo, faltan especialistas para muchas enfermedades raras. Como resultado, muchos encuestados por NORD informaron tener que viajar con frecuencia largas distancias para ver a un especialista, y algunos incluso se reubicaron permanentemente para estar más cerca de sus especialistas.¹³

Las personas con trastornos poco frecuentes también experimentan barreras para la atención debido al tratamiento limitado. La Ley federal de Medicamentos Huérfanos, que creó varios incentivos para que los fabricantes de medicamentos inviertan en investigación y desarrollo para tratamientos de enfermedades raras, ha ayudado a acelerar el desarrollo de tales tratamientos en los últimos 40 años.¹⁴ En los Estados Unidos, actualmente hay tratamientos

aprobados por la FDA solo para una fracción de las enfermedades raras conocidas, por lo tanto, sigue siendo necesario realizar más investigaciones sobre estas enfermedades. En consecuencia, muchos pacientes dependen de tratamientos “no autorizados”, que son tratamientos aprobados por la FDA que no están indicados para el trastorno poco frecuente específico de un paciente.¹⁵

Como se explica en más detalle a continuación, las aseguradoras también crean barreras para la atención. Por ejemplo, el 60 % de los encuestados por NORD informaron que se les negó la cobertura o que sufrieron retrasos en el acceso a los tratamientos que requerían la aprobación previa de la aseguradora, incluidos los tratamientos aprobados por la FDA específicamente indicados para sus trastornos. A casi el 20 % de los encuestados se le negó una derivación a un especialista. Además, incluso cuando las aseguradoras cubren un medicamento aprobado por la FDA para una enfermedad rara, a menudo lo clasifican como medicamento especializado, y lo asignan al nivel de costo compartido más alto de un plan de medicamentos, por lo que los pacientes se ven obligados a pagar un alto costo compartido para acceder a su tratamiento.¹⁶

Estas dificultades de diagnóstico y otras barreras para la atención médica genera tensión financiera para muchos pacientes con trastornos endocrinos poco frecuentes. Además, a los pacientes puede estresarles el tener que explorar pólizas de seguro complejas mientras continúan aprendiendo a controlar sus enfermedades.¹⁷ Estas dificultades pueden agravarse por las disparidades socioeconómicas en los ingresos, la educación, la geografía y otras medidas que pueden influir en el acceso a la atención.¹⁸ Por ejemplo, en comparación con las personas de raza blanca no hispana, los de raza negra no hispana tienen peores resultados de salud y tasas de mortalidad más altas por ciertos trastornos endocrinos a pesar de tener tasas de incidencia más bajas o similares de estos trastornos.¹⁹ Las diferencias en la incidencia, la prevalencia y la mortalidad de estos trastornos entre grupos de población específicos enfatizan la necesidad de aumentar la calidad y el acceso a la atención, así como enfoques integrales y personalizados para atender los trastornos endocrinos poco frecuentes.²⁰



Las aseguradoras utilizan una variedad de prácticas que pueden retrasar o denegar el acceso a su tratamiento para un trastorno endocrino poco frecuente. Para saber si su aseguradora le ha retrasado o denegado indebidamente el acceso a su tratamiento, pregúntese lo siguiente:



TERAPIA ESCALONADA

¿Intentó mi aseguradora que siguiera un tratamiento distinto antes de cubrir la terapia o el medicamento para el trastorno endocrino poco frecuente prescrito originalmente por mi equipo médico?

Esta práctica se llama "terapia escalonada" o "falla primero" porque requiere que los pacientes prueben primero otros tratamientos y demuestren que no funcionan o son intolerables antes de que el plan de salud cubra el tratamiento prescrito originalmente. Una aseguradora puede exigirle que pruebe varios tratamientos diferentes y que fracasen antes de cubrir el que le prescribió su equipo médico.²¹ Esto puede generar retrasos en el acceso al tratamiento médicamente necesario y, en consecuencia, dar lugar a la progresión de la enfermedad. Las políticas de terapia escalonada pueden ir contra las leyes federales o estatales si su aseguradora lo trata a usted de manera diferente que a otras personas con diagnósticos similares debido a su estado de salud. Además, algunos estados han aprobado leyes para limitar el tipo de protocolos de terapia escalonada que se pueden usar. Por ejemplo, algunas leyes estatales prohíben la prueba y falla de más de un tratamiento o prohíben que tenga que fallar un tratamiento que ya ha probado y que resultó ineficaz. Además, es posible que usted tenga derecho a una excepción del proceso de terapia escalonada.



CAMBIO NO MÉDICO

Aunque mi tratamiento actual esté funcionando, ¿me está obligando mi aseguradora a tomar un medicamento diferente al dejar de cubrirlo o aumentar mi copago?

Esta práctica se conoce como "cambio no médico". Se produce cuando su aseguradora (no su médico ni un farmacéutico) le obliga a cambiar su tratamiento actual para un trastorno endocrino poco frecuente por uno distinto (pero no a un equivalente genérico) al rehusarse a seguir cubriendo su tratamiento farmacológico o incrementar el costo que usted debe pagar por él.²² El cambio no médico puede dar lugar a recaídas y progresión de la enfermedad. En un estudio se descubrió que cuando los pacientes experimentaron un cambio no médico, más del 75 % de ellos sufrieron efectos secundarios como resultado del cambio.²³ Además, el cambio no médico puede violar las leyes de protección al consumidor de ciertos estados.²⁴



AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Necesito obtener la aprobación de mi aseguradora antes de iniciar o continuar mi tratamiento o terapia prescrita para el trastorno endocrino poco frecuente?

Esta práctica se conoce como "autorización previa". Se produce cuando su aseguradora le exige a usted o su doctor obtener la aprobación de la aseguradora antes de cubrir el tratamiento. La aprobación se basa en los estándares de la aseguradora, que podrían no coincidir con los estándares generales de atención médica y ser perjudiciales para los pacientes. Por ejemplo, una encuesta reveló que el 87 % de los facultativos informó que las políticas de autorización previa tuvieron un impacto negativo en los resultados clínicos.²⁵ Para quienes viven con un trastorno endocrino poco frecuente, los resultados pueden ser devastadores. Estas políticas también pueden infringir leyes estatales y federales si se aplican de cierta forma.



NIVELACIÓN ADVERSA

¿Tengo que hacer un copago más alto para ciertos medicamentos que tratan mi afección?

Esta práctica se conoce como "nivelación adversa". Las aseguradoras pueden utilizarla para trasladar una gran parte del costo de las terapias recientes o innovadoras a los pacientes, situando los fármacos más caros en lo que se denomina "niveles de especialidad". Ciertas políticas de nivelación también pueden infringir ciertas leyes federales y estatales si se usan de forma discriminatoria.²⁶



ACUMULADORES DE COPAGO

Si recibo cupones o descuentos que me ayuden a pagar mis copagos farmacéuticos, ¿prohíbe la aseguradora que esos cupones o descuentos se acumulen en mi deducible anual?

Esta política se conoce como "acumulador de copago". Los acumuladores de copago obligan a los pacientes a pagar más de su bolsillo cuando se agota la ayuda al copago y no se ha llegado al deducible. Estas políticas se encuentran frecuentemente ocultas en la letra pequeña de los contratos de seguro y podrían infringir leyes estatales de protección al consumidor.²⁷

Mi aseguradora se rehúsa a cubrir el tratamiento o terapia para un trastorno endocrino poco frecuente que me ha prescrito el médico. **¿Qué puedo hacer?**

Si su aseguradora se niega a cubrir su tratamiento, hay tres medidas que puede tomar para intentar cambiar la decisión de su seguro:

- Apelar la decisión,
- solicitar una evaluación externa o
- presentar una queja de consumidor.



¿Cómo apelo la decisión?

Si su aseguradora rechaza su reclamación, usted tiene el derecho legal a presentar una apelación interna.²⁸ Esto significa que puede pedirle a la aseguradora que lleve a cabo una revisión justa y completa de su decisión. Para apelar la denegación, debe hacer lo siguiente:



Revise la carta de determinación. Su aseguradora debería haberle mandado una carta de determinación para notificarle que no cubriría su reclamación. Repase el documento de forma que pueda entender el motivo por el cual la aseguradora ha denegado su reclamación y la forma de apelar.



Recopile la información. Recopile la carta de determinación y el resto de documentos que le haya enviado la compañía de seguros. Esto incluye su póliza y los criterios de necesidad médica de la aseguradora. Los "criterios de necesidad médica" se refieren a la política de la aseguradora para determinar si un tratamiento o un servicio es necesario para tratar su afección.



Solicite documentos. Si no ha recibido la carta de determinación o no tiene información de la póliza, ni los criterios de necesidad médica o las instrucciones y formularios para presentar una apelación, llame al servicio de atención al cliente de la aseguradora y solicite esos documentos. El sitio web de la compañía muestra el número gratuito de teléfono para que llame.



Llame al consultorio de su médico. En el consultorio o la clínica del médico tienen personal que puede ayudarle en su proceso de apelación. Ellos le indicarán como rellenar los formularios para presentar una apelación, escribir una carta en su nombre o gestionar la apelación por usted.



Envíe la solicitud de apelación. Es importante que usted o la oficina de su médico presenten la apelación tan pronto como sea posible junto con la carta del médico y toda la información adicional que solicitó la aseguradora.



Una vez presentada la solicitud de apelación, la respuesta de la compañía de seguros en relación con el tratamiento que espera recibir puede demorarse hasta 30 días. Si ha recibido tratamiento y está esperando el reembolso, la respuesta puede tardar hasta 60 días.



Seguimiento. Haga el seguimiento con su aseguradora hasta que obtenga una respuesta. Asegúrese de mantener un registro del nombre de cualquier representante con el que hable acerca de la apelación, la fecha y la hora en la que habló con esa persona, un número de confirmación de la llamada y un resumen de lo conversado.



¿Qué pasa si mi tratamiento ha sido aprobado recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos y mi aseguradora ha negado la cobertura porque considera que el tratamiento es “experimental”?

Debe solicitar a su aseguradora una declaración escrita de las razones exactas de la denegación (es decir, por qué el tratamiento se considera experimental), si esa información no se ha proporcionado ya. Revise cuidadosamente los documentos de su plan para ver cómo se define “experimental” (o “investigacional” o “no probado”) en el plan el tratamiento. Estos términos pueden variar entre planes.

En general, una aseguradora puede considerar que un tratamiento es experimental si determina que el tratamiento no es el estándar de atención para una enfermedad en particular. Los tratamientos experimentales pueden incluir tratamientos no aprobados por la FDA, aquellos que carecen de pruebas sustanciales que respalden su eficacia médica y tratamientos no autorizados para la enfermedad en cuestión. La FDA solo aprobará un tratamiento si hay pruebas de que el tratamiento es seguro y eficaz. Por lo tanto, si su tratamiento ha sido aprobado recientemente por la FDA y está indicado para su enfermedad, entonces es posible que usted pueda apelar la denegación sobre la base de que ya no es “experimental”.

Si le recetan un tratamiento aprobado por la FDA para un uso no autorizado (es decir, no está indicado para su afección), revise los documentos de su plan detenidamente. Algunos planes tienen excepciones para la cobertura de tratamientos no autorizados aprobados por la FDA para trastornos poco frecuentes si se cumplen ciertas condiciones.

¿Qué sucede si mi aseguradora rechaza mi apelación?

Según la ley, usted tiene el derecho de trasladar su apelación a un tercero independiente para una “revisión externa”, lo que significa que la compañía aseguradora no tendrá la decisión final sobre la aprobación del tratamiento o el pago de la reclamación. Esta situación aplica si la aseguradora rechaza su apelación o si su situación médica es urgente y la espera podría poner en peligro su vida o su capacidad de vivir con normalidad.

¿Cómo solicito una evaluación externa?

Para activar una evaluación externa, presente una petición por escrito a la entidad independiente dentro de los 60 días a partir de la fecha en la que su aseguradora le envió su decisión final. El proceso no debería durar más de 60 días. Sin embargo, en situaciones urgentes que requieran una revisión expedita, el proceso no debe superar los cuatro días hábiles. Para saber a quién contactar en su estado a fin de solicitar una revisión externa, vaya al sitio web www.CoverageRights.org.



¿Cómo puedo presentar una queja?

Si su compañía aseguradora le deniega cobertura tras el proceso de revisión externa, puede presentar una queja al comisionado de seguros o al fiscal general del estado en el que reside. Para determinar a quién contactar y la forma de presentar una queja, diríjase al sitio web de CoverageRights.org.

Dicha queja debe incluir la información siguiente:

- el nombre, la dirección, el correo electrónico y el número telefónico de la persona que presenta la queja ("Demandante");
- el nombre de la persona asegurada, si difiere del nombre del Demandante;
- los nombres de otras partes involucradas en la reclamación (por ejemplo, el administrador del plan de seguros o el gerente de beneficios de la farmacia);
- el nombre de la compañía de seguros y el tipo de póliza;
- el estado donde adquirió el plan de cobertura;
- información de la reclamación, incluyendo el número de la póliza, el número de certificado, el número de reclamación, las fechas de la denegación y el monto en disputa;
- el motivo y los detalles de la queja, junto con
- el detalle de lo que usted considere que debe ser una resolución justa.

Debe adjuntar también los siguientes documentos acreditativos con su queja:

- una copia de su tarjeta del seguro;
- copias de los rechazos de cobertura o determinaciones adversas de beneficios de su aseguradora;

- copias de cualquier determinación realizada por revisores internos y externos;
- cualquier material enviado con apelaciones y quejas previas;
- documentación acreditativa de su médico;
- una copia de su póliza del seguro y
- todas las respuestas de su aseguradora.

¿Qué sucede después de que el comisionado de seguros o el fiscal general recibe mi queja?

El comisionado de seguros o el fiscal general asignarán una persona para que averigüe, investigue y resuelva su queja. Esta persona examinará su cuenta, sus registros, documentos y transacciones. Él o ella podría interrogar a testigos, solicitar documentación adicional de otras entidades e incluso requerir una audiencia. Si el comisionado de seguros o el fiscal general determinan que la compañía aseguradora ha infringido la legislación o las normas vigentes, puede obligarla a que le dé la cobertura solicitada o a compensarle económicamente.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas o dudas sobre cómo presentar una queja?

Para determinar a quién llamar en su estado, diríjase al sitio web de www.CoverageRights.org.



REFERENCES

1. Endocrine Disease, <https://medlineplus.gov/endocrinediseases.html>.
2. Medical News Today, What to know about endocrine disorders, <https://www.medicalnewstoday.com/articles/endocrine-disorders#definition>.
3. Tampa General Hospital, Endocrine Disorders, <https://www.tgh.org/institutes-and-services/conditions/endocrine-disorder>.
4. HypoPARathyroidism Association, Inc., Frequent Questions, <https://hypopara.org/hypopara/frequent-questions.html>; National Health System, Hypoparathyroidism, <https://www.nhs.uk/conditions/hypoparathyroidism/#:~:text=The%20most%20common%20cause%20of,Addison's%20disease%20and%20pernicious%20anaemia>.
5. Endocrine Society, Testimony of the Endocrine Society Submitted to the Food and Drug Administration Endocrinologic and Metabolic Drugs Advisor Committee, <https://www.endocrine.org/-/media/endocrine/files/advocacy/society-testimony/20180426-fda-testimony-on-rare-diseases.pdf>.
6. Food and Drug Administration, Rare Diseases at FDA, <https://www.fda.gov/patients/rare-diseases-fda#:~:text=The%20Orphan%20Drug%20Act%20defines,people%20in%20the%20United%20States.&text=Back%20to%20top-,What%20is%20the%20Orphan%20Drug%20Act%3F,drugs%20to%20treat%20rare%20diseases>.
7. Tampa General Hospital, Endocrine Disorders, <https://www.tgh.org/institutes-and-services/conditions/endocrine-disorder>.
8. Kelli Miller, Endocrine Disorders, <https://www.webmd.com/diabetes/endocrine-system-disorders>
9. Id.
10. Rare Disease Day, Frequently Asked Questions, <https://rarediseases.org/wp-content/uploads/2019/01/RDD-FAQ-2019.pdf>.
11. NORD, Barriers to Rare Disease Diagnosis Care and Treatment in the US: A 30-Year Comparative Analysis, https://rarediseases.org/wp-content/uploads/2020/11/NRD-2088-Barriers-30-Yr-Survey-Report_FNL-2.pdf.
12. Id.
13. Id.
14. Food and Drug Administration, Rare Diseases at FDA, <https://www.fda.gov/patients/rare-diseases-fda#:~:text=The%20Orphan%20Drug%20Act%20defines,people%20in%20the%20United%20States.&text=Back%20to%20top-,What%20is%20the%20Orphan%20Drug%20Act%3F,drugs%20to%20treat%20rare%20diseases>.
15. NORD, Barriers to Rare Disease Diagnosis Care and Treatment in the US: A 30-Year Comparative Analysis, https://rarediseases.org/wp-content/uploads/2020/11/NRD-2088-Barriers-30-Yr-Survey-Report_FNL-2.pdf.
16. Id.
17. Andrea Crafa, et al., The Burden of Hormonal Disorders: A Worldwide Overview With a Particular Look in Italy, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2021.694325/full>; Candance Gunnarsson, et al., Health Care Burden in Patients with Adrenal Insufficiency, <https://academic.oup.com/jes/article/1/5/512/3605327>
18. Sherita Hill Golden, et al., Health Disparities in Endocrine Disorders: Biological, Clinical, and Nonclinical Factors – An Endocrine Society Scientific Statement, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431576/>.
19. Id.
20. Id.
21. Aimed Alliance, Step-Therapy, <https://aimedalliance.org/step-therapy/>.
22. Aimed Alliance, Non-Medical Switching, <https://aimedalliance.org/nonmedical-switching/>.
23. Patients Rising Now, Fighting Nonmedical Switching, <https://patientsrisingnow.org/fighting-nonmedical-switching/>; Endocrine News, The Year in Endocrinology, https://endocrinenews.endocrine.org/wp-content/uploads/EN1217_INT-web.pdf.
24. Promoting Access to Affordable Prescription Drugs: Policy Analysis and Consumer Recommendation for State Policymakers, Consumer Advocates, and Health Care Stakeholders, https://advocacy.consumerreports.org/wp-content/uploads/2016/08/Promoting-Access-to-Affordable-Prescription-Drugs_Aug-2016.pdf.
25. Heart of Health Policy ACC Unites in Support of Prior Authorization Bill, <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/06/02/12/42/heart-of-health-policy-acc-unites-in-support-of-prior-authorization-bill>.
26. Douglas Jacobs & Wayne Turner, Nondiscrimination And Chronic Conditions – The Final Section 1557 Regulation, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20160720.055888/full/>.
27. Aimed Alliance, Copay Accumulators, <https://aimedalliance.org/copay-accumulators-map/#AZ>.
28. How to appeal an insurance company decision, Healthcare.gov, <https://www.healthcare.gov/appeal-insurance-company-decision/appeals/> (last visited July 19, 2018).
29. Am. Medical Assoc., Survey: Patient clinical outcomes shortchanged by prior authorization, <https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/survey-patient-clinical-outcomes-shortchanged-prior-authorization> (Mar. 19, 2018). See also e.g., N.M. Admin. Code. 13.10.17.7 (2018). Complaint to Federal Government Agency: Patient, Legal Action Center, <https://lac.org/wp-content/uploads/2016/04/10-Patient-Federal-Complaint.docx> (last visited July 19, 2018).
30. See, e.g., BlueCross BlueShield of North Carolina, Corporate Medical Policy, https://www.bluecrossnc.com/sites/default/files/document/attachment/services/public/pdfs/medicalpolicy/investigational_experimental_services.pdf.
31. See, e.g., United Healthcare, Experimental/Investigational Treatment and Acquire Rare Disease Drug Therapy Exception Process, <https://www.uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/policies/oxford/experimental-investigational-tx-ohp.pdf>.
32. See, e.g., United Healthcare, Off-Label/Unproven Specialty Drug Treatment, <https://www.uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/policies/comm-medical-drug/off-label-unproven-specialty-drug-treatment.pdf>.



1455 Pennsylvania Avenue NW, Suite 400 • Washington, DC 20004
202-349-4089 • AimedAlliance.org

© 2022 Aimed Alliance. All Right Reserved.