

CONOZCA SUS DERECHOS

CONSUMIDORES:

CUIDADO CON LOS FORMULARIOS LIMITADOS DE LAS ASEGURADORAS DE SALUD

Estimados pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica:

Varios planes de salud han comenzado a publicar sus formularios propuestos para 2024, y muchos de estos solamente cubren el número mínimo de medicamentos en una clase o categoría, lo que puede significar solo dos o tres medicamentos disponibles para tratar ciertas afecciones complejas y crónicas. Estos formularios limitados pueden dejar a los consumidores sin acceso a los tratamientos que necesitan. Por lo tanto, antes de elegir un plan de salud para 2024, le recomendamos encarecidamente que revise el formulario del plan para determinar si su medicamento está cubierto.

A los consumidores que tienen pocas opciones de planes y están sujetos a formularios limitados, los animamos a que conozcan sus derechos y defiendan enérgicamente la cobertura a la que tienen derecho. Tanto en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) como de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), los planes de salud están obligados a proporcionar un "proceso de excepción" a los afiliados al plan para garantizar que puedan recibir acceso a tratamientos no incluidos en el formulario que se consideren médicamente necesarios.

No obstante, nos enteramos de que algunos pacientes tienen dificultades para acceder a sus tratamientos a través del proceso de excepción. Existen múltiples planes de salud que imponen barreras relacionadas con el proceso de excepción, lo que afecta a pacientes con distintas afecciones, enfermedades y trastornos.

Por lo tanto, animamos a los pacientes, cuidadores y proveedores a que, cuando soliciten cobertura a través del proceso de excepción, dejen claro que están pidiendo una excepción por necesidad médica. Para ayudar a facilitar esta conversación con el plan de salud, redactamos el siguiente texto para ayudar a garantizar que el plan de salud proporcione las evaluaciones y la determinación adecuadas:

Presentar una solicitud de excepción por necesidad médica cuando su plan de salud no incluya en su formulario el medicamento que necesita.

Estimado [plan de salud]:

Mi médico me recetó recientemente [nombre del medicamento y dosis] para tratar [incluya el diagnóstico]. Este medicamento es necesario para controlar mi enfermedad.

Entiendo que el medicamento recetado no está incluido en el formulario actual del plan. Por lo tanto, escribo para solicitar la cobertura y el acceso a [nombre del medicamento y dosis] en virtud del proceso de **excepción por necesidad médica** del plan de salud.

Según 45 CFR § 156.22(c), un "plan de salud que proporciona [beneficios de salud](#) esenciales debe disponer de los siguientes procesos que permitan a un afiliado, a la persona designada por este o al médico que receta al afiliado (u otro prescriptor, según proceda) solicitar y obtener acceso a medicamentos clínicamente apropiados no cubiertos de otro modo por el [plan](#) de salud (solicitud de excepción). En caso de que se conceda una solicitud de excepción, el [plan](#) debe tratar el medicamento o medicamentos exceptuados como un beneficio de salud esencial, además de tomar en cuenta cualquier [costo compartido](#) en la limitación anual del [plan](#) de [costos compartidos](#) según [§ 156.130](#) y al calcular el [valor actuarial](#) del [plan](#) según [§ 156.135](#)".

El plan de salud debe responder en un plazo de 72 horas y, si el medicamento se considera médicamente necesario, el plan está obligado a cubrir la prescripción durante todo el año del plan, incluidos los reabastecimientos. Véase [Preguntas frecuentes del HHS 2019 sobre los EHB](#).

[Revise los documentos de su plan de salud para identificar cualquier información específica que su plan de salud le exija incluir en una solicitud de excepción por necesidad médica. Añada cualquier información pertinente del plan relacionada con el proceso de excepción].

En breve recibirán información adicional de mi proveedor de atención médica. Póngase en contacto conmigo en [añadir la mejor información de contacto] si necesitan información adicional.

Gracias,
[añadir nombre]



Si solicita acceso a un tratamiento no incluido en el formulario, su plan de salud puede denegar inicialmente la cobertura al afirmar que el medicamento solicitado es "una exclusión del plan" o "el medicamento está excluido del formulario del plan" o "no es un beneficio cubierto".

Si su plan de salud utiliza alguno de los términos anteriores o no determina de otro modo si el medicamento es *médicamente necesario* debe solicitar al plan que reconsidere inmediatamente su solicitud original.

Estimado [plan de salud]:

El [añadir fecha], presenté una solicitud de **excepción por necesidad médica** para [nombre del medicamento y dosis], un tratamiento no incluido en el formulario. El [añadir fecha] recibí una carta en la que se afirmaba que [añadir explicación de lo que decía la carta del plan en relación con la denegación de la solicitud de cobertura por no ser una necesidad médica (es decir, beneficio excluido)]. Solicito que se reconsidere inmediatamente mi solicitud de excepción, ya que el plan de salud no determinó si el medicamento era **médicamente necesario** según los términos del plan.

Según 45 CFR § 156.22(c), un "plan de salud que proporciona **beneficios de salud** esenciales debe disponer de los siguientes procesos que permitan a un afiliado, a la persona designada por este o al médico que receta al afiliado (u otro prescriptor, según proceda) solicitar y obtener acceso a medicamentos clínicamente apropiados no cubiertos de otro modo por el plan de salud (solicitud de excepción). En caso de que se conceda una solicitud de excepción, el plan debe tratar el medicamento o medicamentos exceptuados como un beneficio de salud esencial, además de tomar en cuenta cualquier **costo compartido** en la limitación anual del plan de **costos compartidos** según § 156.130 y al calcular el **valor actuarial** del plan según § 156.135".

El proceso de excepción requiere que el plan de salud determine si mi medicamento es **médicamente necesario**. La respuesta de fecha [añadir fecha] no cumple estos requisitos.

Si no recibo una respuesta en un plazo de 72 horas sobre la determinación del plan relativa a la necesidad médica, presentaré inmediatamente una apelación externa para que un tercero resuelva la cuestión de la necesidad médica.

Si necesitan información de mi proveedor de atención médica que aún no hayan recibido, pónganse en contacto conmigo en [añadir la mejor información de contacto].

Gracias,
[añadir nombre]

Si siguió estos pasos y sigue sin poder acceder a su medicamento, presente inmediatamente una apelación ante la entidad de apelación externa de su plan de salud. Se trata de un tercero independiente que determinará si la denegación de su plan de salud fue apropiada o si el plan está obligado a cubrir el medicamento. Para saber más sobre cómo presentar una apelación externa, visite coveragerights.org de Aimed Alliance y navegue hasta la información específica de su estado.

Si tiene problemas con este proceso o desea comentar su experiencia, póngase en contacto con Aimed Alliance en policy@aimedalliance.org.

