



Programas de
financiación alternativa

CONOZCA SUS DERECHOS

*Un recurso para consumidores, cuidadores
y proveedores de atención médica*

Diciembre de 2023

 **AIMED ALLIANCE**

COVERAGERIGHTS.ORG



¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS DE FINANCIACIÓN ALTERNATIVA?

Cuando un plan de salud se asocia a un programa de financiación alternativa, el plan de salud define todos los medicamentos especializados como [beneficios de salud no esenciales](#) (no EHB).¹ Al definir los medicamentos especializados como no EHB, los planes de salud informan a los afiliados que deben inscribirse en el programa de financiación alternativa o hacerse cargo del 100 % del costo del medicamento.² Dado que este medicamento se define como no EHB, cualquier costo pagado por el medicamento por el afiliado o en su nombre no se tendrá en cuenta para su deducible o límite anual de costos compartidos.³ Dado este diseño coercitivo del programa, los afiliados al plan están esencialmente obligados a inscribirse en el programa de financiación alternativa.

Una vez inscrito en el programa de financiación alternativa, el plan de salud suele denegar automáticamente la cobertura del medicamento recetado al inscrito.⁸ En algunos casos, puede parecer que el PBM o el programa de financiación alternativa es quien proporciona la denegación automática. Una vez recibida la denegación, el programa de financiación alternativa interviene y obtiene la información personal del afiliado, como el número de miembros de la unidad familiar y los ingresos anuales, para determinar el tipo de ayuda financiera de terceros a la que puede optar el afiliado al plan. A diferencia de los programas no EHB típicos, que inscriben principalmente a los afiliados de los planes en programas de ayuda para el copago del fabricante, los programas de financiación alternativa se dirigen principalmente a **programas de ayuda al paciente (PAP)**. Normalmente, los PAP proporcionan a los consumidores elegibles su medicamento recetado, sin costo alguno, y se lo envían directamente a los consumidores. Estos programas suelen requerir que los consumidores *no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente*.



Si un afiliado no es elegible para el PAP, el programa de financiación alternativa también puede exigir que la persona solicite (o solicitar en nombre de la persona) **programas de ayuda para el copago del fabricante** o intentar obtener el medicamento de un **programa de importación internacional**.⁹

Si una persona es elegible para un programa de ayuda para el copago del fabricante, el plan de salud inflará el requisito de copago para el medicamento recetado hasta el importe máximo de ayuda para el copago del fabricante disponible para el año. Si el afiliado cumple los requisitos para la importación internacional, recibirá su medicamento directamente a través de una farmacia internacional.

En algunos casos, si el afiliado no es elegible para ninguna parte del programa de financiación alternativa, la receta se devolverá al plan de salud o al PBM para su cobertura y el medicamento se cubrirá como un beneficio farmacéutico normal.¹⁰ Para otros afiliados, el plan puede seguir denegando la cobertura del medicamento incluso después de que el consumidor haya sido rechazado por todas las posibles fuentes alternativas.



Los programas de financiación alternativa están estructurados de forma muy similar a los programas no EHB, que a veces se denominan programas "maximizadores". Para obtener más información sobre estos programas y cómo definen los medicamentos especializados como no EHB, lea la [hoja informativa de beneficios de salud no esenciales \(no EHB\)](#) de Aimed Alliance.

Los programas de ayuda para el copago del fabricante son para particulares con seguro comercial. Un programa de ayuda para el copago del fabricante puede sufragar una parte o la totalidad del costo compartido del medicamento. Por ejemplo, si un afiliado a un plan de salud con un copago de 100 dólares participa en un programa de ayuda para el copago del fabricante, el programa podría aportar 50 dólares y el afiliado podría pagar los 50 dólares restantes.⁴

Los programas de ayuda al paciente pueden utilizarse cuando una persona elegible no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente.⁵ Estos programas los suelen administrar organizaciones benéficas, pero también los puede administrar el fabricante de un medicamento concreto. Los requisitos de elegibilidad varían y pueden incluir criterios de diagnóstico, ingresos familiares, tamaño de la familia y gastos médicos.⁶ Algunos programas de ayuda benéfica proporcionan un medicamento directamente al consumidor, mientras que otros pueden proporcionar algún tipo de ayuda económica directa.

Las personas inscritas en Medicare y Medicaid no son elegibles para los programas de ayuda para el copago del fabricante, ya que el uso de estos programas infringe la Ley Federal Antisoborno (Anti-Kickback Statute).⁷





CONSECUENCIAS DE LOS PROGRAMAS DE FINANCIACIÓN ALTERNATIVA

Retrasos en el acceso a los tratamientos

Los programas de financiación alternativa exigen que la receta del consumidor pase por varias partes antes de que el consumidor pueda acceder al medicamento. Este proceso puede dar lugar a que una receta se pierda o se ignore y a que los pacientes sufran retrasos en el acceso a sus tratamientos.

Para algunos pacientes, estos retrasos pueden hacer que no reciban sus tratamientos a tiempo, con la consiguiente reaparición o progresión de los síntomas de la enfermedad. Este proceso también suele imponer requisitos administrativos y de papeleo adicionales a los proveedores de atención médica, lo que en última instancia aumenta sus cargas administrativas y sus costos.

Además, en algunos casos, si un consumidor es rechazado por un programa de ayuda al paciente, el programa de financiación alternativa puede llamar a su proveedor de atención médica y solicitar que se le recete un medicamento diferente, de modo que el programa de financiación alternativa pueda aplicar al paciente a un programa de ayuda al paciente de otro fabricante. Cambiar el medicamento de un paciente por el beneficio económico de una financiación alternativa y no por las necesidades médicas del paciente es una forma extremadamente peligrosa de cambio no médico que prioriza las ganancias sobre los pacientes. Para obtener más información, consulte los [recursos de cambios no médicos](#) de Aamed Alliance.



Programas de ayuda al paciente

Cuando los programas de financiación alternativa exigen a los consumidores con cobertura de seguro médico que se inscriban en programas de ayuda financiera, ponen en peligro la disponibilidad de estos programas para ayudar a los consumidores que se encuentran realmente en situación de *necesidad financiera*. Por ejemplo, los programas de ayuda benéfica están destinados a personas sin seguro o con un seguro insuficiente, no a personas que tienen un seguro médico adecuado y pueden cubrir el costo de su medicamento, pero prefieren no hacerlo. Al aprovecharse de ellos, los programas de financiación alternativa ponen en peligro la sostenibilidad de importantes programas de la red de seguridad destinados a los consumidores con necesidad financiera. Como resultado, los programas de ayuda benéfica pueden verse obligados a reducir significativamente el número de consumidores a los que pueden ayudar. Para los consumidores que dependen de estos programas, esto podría significar verse obligados a renunciar al tratamiento debido a la imposibilidad de costearlo.

Programas de ayuda para el copago

Cuando el afiliado está inscrito en un programa de financiación alternativa, el plan de salud acepta la ayuda financiera en nombre del afiliado, pero no la tiene en cuenta para alcanzar el límite anual de costos compartidos del afiliado. Como resultado, los consumidores pueden verse obligados a pagar innecesariamente miles de dólares más para cumplir sus requisitos anuales de costos compartidos. Además, la ayuda para el copago es limitada; está sujeta a un tope anual. Una vez agotadas todas las ayudas a los copagos disponibles, a los afiliados les resulta cada vez más difícil controlar sus copagos, hacer frente a sus deducibles y alcanzar sus límites anuales de costos compartidos. Si un consumidor debe cambiar de plan de salud a mitad de año, pero agotó todas las ayudas para copagos disponibles mientras estaba inscrito en su plan anterior, no podrá recurrir a las ayudas para copagos del nuevo plan durante el resto del año.

Importación internacional

Los programas de financiación alternativa pueden obligar a los consumidores a importar sus medicamentos de fuera de Estados Unidos. Sin embargo, la ley federal prohíbe la importación de medicamentos que no hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), incluidas las "versiones extranjeras" de medicamentos aprobados por la FDA.¹¹ El Congreso estableció esta prohibición para ayudar a garantizar que el suministro nacional de medicamentos sea seguro y eficaz para los consumidores.¹² Aunque la importación de medicamentos de venta con receta no aprobados es generalmente ilegal, la política de la FDA sobre la importación de medicamentos de venta con receta para uso personal reconoce que puede haber circunstancias en las que la FDA puede ejercer su discrecionalidad de aplicación con respecto a la importación ilegal.¹³ Los tipos de importación personal que la FDA previó cuando desarrolló esta política distan mucho de lo que ocurre con los programas de financiación alternativa. La FDA pretendía que esta política se aplicara a la importación por particulares, no a los grandes planes de salud que intentan reducir sus costos de medicamentos con receta. Así pues, la importación de medicamentos de venta con receta mediante programas de financiación alternativa probablemente quede fuera del ámbito de lo que la FDA considera conducta permisible. Si esta práctica es ilegal, plantea dudas sobre los posibles riesgos jurídicos de los consumidores al inscribirse y participar en estos programas. Independientemente de su legalidad, esta práctica también expone a los consumidores a medicamentos falsificados, caducados o en mal estado.



¿CÓMO SÉ SI MI PLAN DE SALUD TRABAJA CON UN PROGRAMA DE FINANCIACIÓN ALTERNATIVA?

Si su empleador se asoció a un programa de financiación alternativa, es posible que encuentre obstáculos para acceder a su medicamento o confusión sobre cómo desenvolverse en estos programas. Para saber si su aseguradora puede estar trabajando con un programa de financiación alternativa, hágase las siguientes preguntas:



¿Su plan de salud lo obligó a trabajar con otra compañía para acceder a su medicamento?

Después de intentar surtir una receta en su farmacia, a menudo recibirá una carta de su plan de salud indicándole que el medicamento solo está disponible si usted trabaja con su socio o programa de medicamentos especializados de terceros.

Si su carta contiene este tipo de texto, es probable que su plan de salud se haya asociado con un programa de financiación alternativa.



¿Su plan de salud se negó a cubrir su medicamento por considerarlo un beneficio de salud no esencial o un beneficio de salud no esencial cubierto?

Si intentó surtir su receta, pero recibió una carta de denegación en la que se indica que el medicamento se considera un "beneficio de salud no esencial cubierto" o un "beneficio de salud no esencial", es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa. Como resultado de esta designación, su carta de denegación también puede indicar que necesita trabajar con un tercero para acceder a su medicamento.

Muchos planes de salud definen una cantidad sustancial de medicamentos especializados como "beneficios de salud no esenciales" (no EHB) para que el plan pueda aceptar la ayuda para el copago y el costo compartido de los consumidores sin que cuenten para el límite anual de costo compartido (una importante protección creada por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible [Patient Protection and Affordable Care Act, ACA]). Esta designación de no EHB también se emplea estratégicamente para animar a las personas indecisas a inscribirse en el programa de terceros o ser responsables de pagos de coseguro sustanciales y poco razonables.





¿Su plan de salud le informó que el medicamento es un beneficio excluido o que fue excluido de la cobertura?

Si intentó surtir su receta, pero recibió una carta de denegación en la que se indica que el medicamento se considera un "beneficio excluido", es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa. Como resultado de esta designación, su carta de denegación también puede indicar que necesita trabajar con un tercero para acceder a su medicamento.



¿Su plan de salud indicó que no se puede apelar la decisión de cobertura?

Si intentó surtir su receta, pero recibió una carta de denegación en la que se indica que el medicamento se considera un "beneficio excluido", "no EHB" o no está cubierto por el plan, y no puede apelar la decisión ni acceder al medicamento a través de un proceso de autorización previa, es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa.

Algunos planes de salud han empezado a denegar la cobertura y a negarse a permitir que los consumidores apelen la decisión para acelerar la solicitud del consumidor al programa de ayuda al paciente. Como se explica más adelante, esto puede infringir la legislación federal.



¿Su plan de salud indicó que, si se negaba a trabajar con el programa de terceros, usted sería responsable del 100 % del costo de su medicamento con receta y no contaría para sus requisitos anuales de costo compartido?

Si intentó evitar trabajar con un programa de terceros y su plan de salud le informó que si opta por no trabajar con el programa deberá hacerse cargo del 100 % del costo del medicamento, es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa. Esta táctica la utilizan los programas de financiación alternativa para dirigir a los pacientes hacia el programa y coaccionar a los consumidores indecisos para que entren en él.

Los planes de salud categorizan los medicamentos especializados como no EHB para que el plan pueda afirmar que un consumidor podría ser responsable del 100 % del costo del medicamento, y no contaría para sus límites anuales de costos compartidos si el plan no trabajara con el programa de financiación alternativa. Es comprensible que a menudo no sea económicamente viable que un consumidor pague indefinidamente el 100 % del costo del medicamento. Como resultado, los consumidores se sienten obligados a pasar por el programa de financiación alternativa y solicitar los programas de ayuda al paciente.



¿Su plan de salud le pidió información sobre su estado de salud, los ingresos de su unidad familiar o el tamaño de su unidad familiar para solicitar un programa de ayuda al paciente?

Si intentó surtir su receta, pero un tercero se puso en contacto con usted para solicitarle información sobre su estado de salud, los ingresos anuales de su unidad familiar o el tamaño de su unidad familiar, es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa.

Los PAP solo están disponibles para los consumidores que cumplan los requisitos. Para ser considerado un consumidor elegible, no debe tener seguro o debe contar con un seguro insuficiente y tener unos ingresos, un estado de salud y un tamaño de unidad familiar determinados para poder optar a la ayuda. Por lo tanto, un programa de financiación alternativa necesita esta información suya para presentar su solicitud al PAP.

También es posible que le pidan que firme algo que atestigüe que no tiene cobertura de seguro médico para su medicamento. Una vez más, esto lo exigen muchos PAP para garantizar que únicamente las personas sin seguro o con un seguro insuficiente utilizan sus programas.



¿Su plan de salud cubrió el medicamento con receta una vez que el programa de ayuda al paciente declaró que usted no era elegible para el programa de "medicamentos gratuitos" del fabricante?

Muchos planes de salud que trabajan con programas de financiación alternativa incluyen en sus beneficios una cláusula que establece que, en caso de que se le deniegue un PAP, el plan cubrirá el medicamento como si se tratara de un beneficio farmacéutico típico. Si su plan acepta cubrir su medicamento tras haber sido denegado por un PAP, es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa.



¿Su plan de salud le informó que tenía que trabajar con una compañía tercera para importar sus medicamentos con receta de Canadá u otro país?

En algunos casos, si no es elegible para el PAP o al programa de ayuda para el copago del fabricante, la compañía tercera intentará importar su medicamento desde fuera de Estados Unidos. En otros casos, puede que le pidan que importe su medicamento desde fuera de Estados Unidos incluso antes de solicitar un PAP o un programa de ayuda para el copago. Si le piden que importe su medicamento de Canadá o de otro país, es posible que esté inscrito en un programa de financiación alternativa.



MI PLAN DE SALUD ME OBLIGA A TRABAJAR CON UN PROGRAMA DE FINANCIACIÓN ALTERNATIVA. ¿QUÉ PUEDO HACER?

Revise los documentos de su plan.

En cuanto piense que está inscrito en un programa de financiación alternativa, debe revisar los documentos de su plan para determinar qué información proporciona su plan sobre el programa de financiación alternativa. Busque información específica sobre si el programa de financiación alternativa requiere que usted solicite un PAP o un programa de ayuda para el copago, y si utiliza algún programa de importación internacional. Los programas de financiación alternativa pueden utilizar una o todas estas tácticas.

También debe buscar toda la información que le proporcione su plan de salud sobre los requisitos de costo compartido si decide no trabajar con el programa de financiación alternativa o si no es elegible para las fuentes del programa de financiación alternativa (por ejemplo, ¿qué ocurre si el PAP se lo deniega?).

Hable con su empleador sobre lo que le preocupa.

Es probable que los programas de financiación alternativa informaran a los empleadores que estos programas ayudarían a reducir el gasto de los empleadores en medicamentos especializados y que, por lo tanto, no se verían afectados por ellos y que **no** interferirían con la capacidad de sus empleados para acceder a sus medicamentos.

Es posible que su empleador no sea consciente de los retos a los que se enfrentan los empleados sujetos a estos programas. Por lo tanto, si tiene dificultades con estos programas, hable con su empleador sobre qué otras opciones pueden haber.



Apele la denegación del beneficio.

Normalmente, cuando está inscrito en un programa de financiación alternativa, su plan de salud denegará inmediatamente su solicitud de cobertura de su medicamento especializado. Cuando el plan de salud le envíe esta denegación, a menudo al mismo tiempo, lo remitirá al programa de financiación alternativa.

No obstante, cuando reciba esta primera denegación de su plan de salud, tiene derecho a apelar esta decisión adversa sobre el beneficio antes de empezar a trabajar con el programa de financiación alternativa. Puede presentar dos tipos de apelaciones: (1) una apelación interna, o (2) una apelación externa.



Apelaciones internas

El primer tipo de apelación es una apelación interna.¹⁴ Esto significa que puede pedir a su aseguradora que lleve a cabo una revisión completa y justa de su decisión. Para apelar la denegación, debe hacer lo siguiente:



Revise la carta de determinación. Su aseguradora debió haberle enviado una carta de determinación para notificarle que no cubriría su medicamento. Revise el documento para poder entender el motivo por el que le denegaron su cobertura y la forma de apelar.



Recopile la información. Recopile la carta de determinación y los demás documentos que le haya enviado la compañía de seguros, tales como 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.¹⁵



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 los formularios para presentar una apelación, llame al servicio al cliente de la aseguradora y solicite esos documentos. El sitio web de la compañía debe proporcionar el número de teléfono gratuito al que debe llamar.



Llame al consultorio de su médico. El consultorio o la clínica de su médico podrían tener personal para ayudarle en su proceso de apelación. De ser así, ellos podrían indicarle cómo llenar 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 el consultorio de su médico presenten la apelación tan pronto como sea posible junto con cualquier carta del médico y toda la información adicional que solicite la aseguradora.



Una vez presentada la apelación, la respuesta de la compañía de seguros puede demorarse hasta 30 días. Si ya recibió tratamiento y está esperando el reembolso, la respuesta puede tardar hasta 60 días.



Haga seguimiento. Haga el seguimiento periódico 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 fue aprobado recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos y mi aseguradora negó 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 aún no le han proporcionado esa información. Revise cuidadosamente los documentos de su plan para encontrar las definiciones de "experimental" (o "en investigación" o "no probado"). Estos términos pueden variar de un plan a otro.

En general, una aseguradora puede considerar que un tratamiento es experimental si determina que no es el estándar de atención para una enfermedad en particular.¹⁶ Los tratamientos experimentales pueden incluir tratamientos que la FDA no ha aprobado, aquellos que carecen de pruebas sustanciales que respalden su eficacia médica y tratamientos no indicados para la enfermedad en cuestión.¹⁷ La FDA solo aprobará un tratamiento si hay pruebas de su seguridad y eficacia. Por lo tanto, si su tratamiento ha sido aprobado recientemente por la FDA y está indicado para su enfermedad, 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 ciertos requisitos.¹⁸

Apelación/evaluación externa

Si su plan de salud deniega su apelación interna, usted tiene el derecho de trasladarla a un tercero independiente para una "evaluación externa", lo que significa que la compañía de seguros ya no tendrá la decisión final sobre la aprobación del tratamiento o el pago de una reclamación. Estas circunstancias se presentan 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.

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 evaluación acelerada, el proceso no debe superar los cuatro días hábiles. Para saber a quién contactar en su estado a fin de solicitar una evaluación externa, visite el sitio web www.CoverageRights.org.

Cumplimiento del plazo del plan

En algunos casos, su plan de salud puede establecer que la decisión original de denegar la cobertura no se puede apelar y no puede evaluarse. Del mismo modo, algunos planes de salud pueden alegar que la decisión no se puede apelar porque usted debe cumplir las condiciones del plan, que lo obligan a trabajar con el programa de financiación alternativa. En estos casos, puede ser beneficioso solicitar inmediatamente una apelación externa de las condiciones del plan y de su solicitud de cobertura. Sin embargo, **debe** asegurarse de que cualquier solicitud de apelación que presente indique claramente que solicita una excepción por necesidad médica para garantizar que el revisor evalúe correctamente los criterios clínicos y los requisitos de la excepción.



Notifique a su plan de salud y al programa de financiación alternativa en cuanto reciba una carta de denegación del PAP.

Si ya empezó a trabajar con el programa de financiación alternativa y solicitó un PAP pero recibió una carta de denegación, notifique inmediatamente tanto al programa de financiación alternativa como al plan de salud que se lo denegaron. Si no lo notifica inmediatamente tanto al plan como al programa de financiación alternativa, su medicamento podría perderse en el vaivén administrativo entre el PAP, el programa de financiación alternativa y el plan. Para usted, esto puede significar retrasos adicionales en el acceso a su medicamento.

Una vez que haya notificado a su plan que el PAP se lo denegó, el método para acceder a su medicamento podrá variar en función del tipo específico de programa de financiación alternativa con el que esté trabajando.

Algunos planes cubrirán automáticamente el medicamento como beneficio farmacéutico típico, sujeto a los requisitos estándar de costos compartidos del plan. En otros planes, el medicamento seguirá sin estar cubierto por el plan. Si un PAP se lo deniega y su plan sigue negándose a cubrir su medicamento, debe presentar una solicitud de excepción por necesidad médica a su plan. Según la legislación federal, los planes de salud deben ofrecer a los consumidores una vía de acceso a un tratamiento no incluido en el formulario cuando el medicamento se considere médicamente necesario. En virtud de esta ley, si su medicamento se considera médicamente necesario, el plan está obligado a cubrirlo, aunque puede haber requisitos de costos compartidos elevados.

Para ayudar a los consumidores a facilitar estas conversaciones con los planes y programas de financiación alternativa, Aimed Alliance redactó los siguientes ejemplos para ayudar a los consumidores a iniciar estas conversaciones. Esto no es asesoramiento jurídico.

Denegado por el PAP, pero las condiciones del plan de salud establecen que, si se deniega, el plan cubrirá el medicamento.

Estimado [plan de salud y programa de financiación alternativa]:

Me inscribí en el programa de financiación alternativa [añadir el nombre del programa]. Siguiendo el proceso establecido por el programa, solicité el programa de ayuda al paciente (PAP) del fabricante para intentar acceder a mi medicamento. El [fecha], recibí la notificación de que el PAP me había denegado la solicitud.

Por lo tanto, como no cumpla los requisitos para el PAP, el plan de salud está obligado a cubrir el costo de mi medicamento de acuerdo con las condiciones del plan [cite la sección del plan de salud que habla de esto si la conoce].

Necesito acceso inmediato a este medicamento, ya que este [si se siente cómodo, explique cómo le ayuda este medicamento a mantenerse sano, trabajar, cuidar de su familia, etc.]

Póngase en contacto conmigo en [añadir la mejor información de contacto] si necesita información adicional.

Gracias,
[Añadir nombre]



Denegado por PAP y el plan de salud sigue negándose a cubrir el costo del medicamento.

Estimado [plan de salud y programa de financiación alternativa]:

Me inscribí en el programa de financiación alternativa [añadir el nombre del programa]. Siguiendo el proceso establecido por el programa, solicité el programa de ayuda al paciente (PAP) del fabricante para intentar acceder a mi medicamento. El [fecha], recibí la notificación de que el PAP me había denegado la solicitud.

Actualmente, [nombre del plan de salud] sigue negándose a cubrir el medicamento. Por lo tanto, escribo para presentar una solicitud de excepción para acceder a mi tratamiento médicamente necesario.

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.¹⁹

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 presenta una solicitud de excepción por necesidad médica, asegúrese de presentar la documentación adecuada de su proveedor de atención médica que explique por qué este medicamento es médicamente necesario. También debe incluir un texto específico en su carta en el [que indique que desea que el plan evalúe su decisión y determine si su solicitud de medicamento cumple la definición de "necesidad médica"](#) del plan. Formular así el texto ayudará a asegurar que su plan de salud evalúe apropiadamente la apelación conforme a un estándar de necesidad médica y no en función de si el medicamento está cubierto en el formulario del plan.

Si su plan de salud deniega su solicitud de excepción, puede presentar una apelación externa como se describió anteriormente.

El programa de financiación alternativa me dice que puedo conseguir mi medicamento en un país extranjero. ¿Qué debo hacer?

Dados los riesgos para la salud de importar su medicamento de un país extranjero, póngase en contacto con su plan de salud e infórmeles que la ley federal les prohíbe exigirle a usted que importe su medicamento de un país extranjero. También puede compartir la [Carta 2023 de Aimed Alliance](#) a la FDA sobre los programas de financiación alternativa y cómo la importación obligatoria viola la ley federal, así como la [Respuesta de la FDA](#).



INSCRIPCIÓN ABIERTA Y PROMOCIÓN

Actualmente estoy seleccionando un nuevo plan de salud e intento determinar si un plan utiliza un programa de financiación alternativa. ¿Qué texto debo buscar para determinar si el plan utiliza un programa de financiación alternativa?

Desgraciadamente, no existe un término único para describir los programas de financiación alternativa. Sin embargo, algunos ejemplos de texto pueden ser las siguientes afirmaciones:

- Su plan de salud colabora con un tercero para gestionar los medicamentos especializados;
- Algunos medicamentos recetados son "beneficios de salud no esenciales cubiertos" o simplemente "beneficios de salud no esenciales";
- Si decide no inscribirse en el programa de financiación alternativa, deberá abonar un coaseguro de entre el 30 % y el 100 %, que no se tendrá en cuenta para los límites anuales de costos compartidos; y
- Exigencia de que revele información financiera personal a una compañía tercera para solicitar PAP o ayudas para el copago.

¿A quién debo dirigirme si tengo dificultades para trabajar con un programa de financiación alternativa y mi empleador no está dispuesto a ayudarme?

Si tiene dificultades para entender el programa de financiación alternativa con el que trabaja su plan de salud, puede ponerse en contacto con Aimed Alliance en policy@aimedalliance.org. Aimed Alliance no proporciona representación legal, pero puede ayudarle a identificar recursos, información y herramientas que pueden ayudarle a desenvolverse en este proceso.

Pude acceder a mi medicamento, pero quiero ayudar a crear conciencia sobre las dificultades que experimenté con un programa de financiación alternativa. ¿A quién debo dirigirme?

Si está interesado en compartir su historia y experiencia de trabajo con un programa de financiación alternativa, póngase en contacto con Aimed Alliance en policy@aimedalliance.org. Valoramos que nos cuente su experiencia y no compartiremos sus datos personales ni su experiencia sin su permiso. Entendemos que esta es tu historia, y usted siempre debe tener la decisión final sobre cómo y cuándo compartirla.

¿DÓNDE SE PUEDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Póngase en contacto con Aimed Alliance
1455 Pennsylvania Ave, NW, Suite 400, Washington, DC 20004
(202) 349-4089 • policy@aimedalliance.org



REFERENCIAS

1. Aimed Alliance, How a loophole in the Patient Protection and Affordable Care Act can impact access to your necessary treatments (2022), <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2022/07/Aimed-Alliance-Non-EHB-Fact-Sheet-FINAL-1.pdf>.
2. CareFactor, PaydHealth Program, <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2023/03/Paydhealth-general-letter-for-EMPLOYEES.pdf>; Aimed Alliance, Essential Health Benefits, Importation, and More – Do You Know the Risks? (Dec. 13, 2022), <https://www.youtube.com/watch?v=U9-rJZ9YjLU&t=3s>.
3. Aimed Alliance, How a loophole in the Patient Protection and Affordable Care Act can impact access to your necessary treatments (2022), <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2022/07/Aimed-Alliance-Non-EHB-Fact-Sheet-FINAL-1.pdf>.
4. Aimed Alliance, Copay Accumulator 101, <https://aimedalliance.org/copay-accumulator-101/>.
5. Medicare Rights Center, Charity programs that help pay for prescription, https://www.medicarights.org/fliers/Help-With-Drug-Costs/copay_charities.pdf?nrd=1.
6. Medicare Rights Center, Charity programs that help pay for prescription, https://www.medicarights.org/fliers/Help-With-Drug-Costs/copay_charities.pdf?nrd=1.
7. Lisa Rapaport, Drug assistance programs offer little charity to uninsured (Auf. 6, 2019) <https://www.reuters.com/article/us-health-pharma-charities-idUKKCN1UW2EL>.
8. CareFactor, PaydHealth Program, <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2023/03/Paydhealth-general-letter-for-EMPLOYEES.pdf>.
9. CareFactor, PaydHealth Program, <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2023/03/Paydhealth-general-letter-for-EMPLOYEES.pdf>.
10. CareFactor, PaydHealth Program, <https://aimedalliance.org/wp-content/uploads/2023/03/Paydhealth-general-letter-for-EMPLOYEES.pdf>.
11. The federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FDCA) prohibits importing non-FDA approved drugs, including "foreign versions" of Food and Drug Administration (FDA) approved drugs. HHS, HHS Task Force on Drug Importation, <http://www.safemedicines.org/wp-content/uploads/2018/03/HHS-Report1220.pdf>; FDA, CDER Small Business and Industry Assistance: Import and Export of Human Drugs and Biologics, <https://www.fda.gov/drugs/cder-small-business-industry-assistance-sbia/cder-small-business-and-industry-assistance-import-and-export-human-drugs-and-biologics>; FDA, Personal Importation, <https://www.fda.gov/industry/import-basics/personal-importation#whatis>.
12. HHS, HHS Task Force on Drug Importation, <http://www.safemedicines.org/wp-content/uploads/2018/03/HHS-Report1220.pdf>; FDA, CDER Small Business and Industry Assistance: Import and Export of Human Drugs and Biologics, <https://www.fda.gov/drugs/cder-small-business-industry-assistance-sbia/cder-small-business-and-industry-assistance-import-and-export-human-drugs-and-biologics>; FDA, Personal Importation, <https://www.fda.gov/industry/import-basics/personal-importation#whatis>.
13. Id.
14. How to appeal an insurance company decision, Healthcare.gov, <https://www.healthcare.gov/appeal-insurance-company-decision/appeals/> (last visited July 19, 2018).
15. 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).
16. 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.
17. 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>.
18. 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>.
19. <https://www.hhs.gov/guidance/document/affordable-care-act-implementation-faqs-set-19>





**1455 Pennsylvania Avenue NW, Suite 400
Washington, DC 20004**

202-349-4089

[AimedAlliance.org](https://www.AimedAlliance.org)

© 2023 Aimed Alliance. Todos los derechos reservados.